

子育てのための施設等利用給付認定申請書

(宛先) 座間市長

【申請にあたって同意いただく事項】

- 子ども・子育て支援法第30条の3において準用する同法第16条の規定に基づき、施設等利用給付認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
- 申請書等に記載した内容は、施設等利用給付認定や施設等利用費の支給に関する情報等必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
- 子ども・子育て支援法第30条の11第3項の規定に基づき、施設等利用費は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があります。
- 認定事務が集中し審査等に日時を要する場合は、申請日に関わらず、子ども・子育て支援法第30条の5第5項の規定に基づき、審査結果のお知らせを延期する場合があります。
- 申請内容が事実と相違した場合は、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。
- 認定希望日現在で、子ども・子育て支援法第7条第10項第4号ハの政令で定める施設（企業主導型保育事業）の利用がある場合は、本認定の申請はできません。
- 親権者双方（複数の場合）合意の上、提出します。

以上のことに同意し、子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づき、施設等利用給付に係る認定を申請します。

		申請日		年 月 日	
申請子ども	フリガナ		性別	主に利用 する 施設名	年 月 日
	氏名		<input type="checkbox"/> 男		
	生年月日	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 女	施設利用 開始日	
保護者	フリガナ		申請子ども との続柄	日中の連絡先(電話番号) ※複数記入可	
	氏名			父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	
現住所	〒 -				
令和6年1月1日 現在の住所	母親	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	父親	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	
令和7年1月1日 現在の住所	母親	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	父親	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	

住民票上の世帯分離者や単身赴任等による別居者を含む、申請子どもの保護者、同居者を記入してください。

(生計 中心 申請 子の 番号 に○ 保護 者及 び同 居者 を付 けて くだ さい)	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	就労先または単身赴任先/ 在学・在園名および 令和7年4月1日時点の学年
	1			年 月 日
	2			年 月 日
	3			年 月 日
	4			年 月 日
	5			年 月 日
	6			年 月 日
	7			年 月 日
ひとり親の場合※	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚協議中			生活保護の 受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中

※ひとり親家庭は別途添付書類が必要です。詳細はパンフレット3ページを参照

裏面に保育を必要とする要件等をご記入ください

1. 該当する箇所を記入し、保育の必要性を証明する書類を添付してください。

保育を必要とする理由	母親の状況	父親の状況
ひと月64時間以上の就労	<input type="checkbox"/> 家庭外就労 [勤務先名:] <input type="checkbox"/> 自営業 [<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者] <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者] <input type="checkbox"/> 内職	<input type="checkbox"/> 家庭外就労 [勤務先名:] <input type="checkbox"/> 自営業 [<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者] <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者] <input type="checkbox"/> 内職
妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [出産予定日:]	
傷病・障がい	傷病/障がい名: 手帳の交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病/障がい名: 手帳の交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
介護・看護	被介護者名:	被介護者名:
	傷病/障がい名:	傷病/障がい名:
	申請子どもとの続柄:	申請子どもとの続柄:
	受診等の状況 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院/通所 (週 回) 手帳の交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	受診等の状況 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院/通所 (週 回) 手帳の交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
災害復旧	災害の状況:	災害の状況:
求職活動	活動の内容:	活動の内容:
就学	就学先名:	就学先名:
	所在地:	所在地:
	就学期間: 年 月 日から 年 月 日まで	就学期間: 年 月 日から 年 月 日まで
その他	保育を行うことが困難と認められる内容	保育を行うことが困難と認められる内容

2. 利用するサービス（予定含）の詳細を記入してください。

施設名	利用施設の種類の種類	所在地	利用開始（予定）日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター事業 <input type="checkbox"/> その他 ()	市区町村	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター事業 <input type="checkbox"/> その他 ()	市区町村	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター事業 <input type="checkbox"/> その他 ()	市区町村	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター事業 <input type="checkbox"/> その他 ()	市区町村	年 月 日

記入欄は以上です

保育の必要性を証明する書類

※詳細はパンフレット4ページを参照

要件		提出書類
就 労	ひと月に64時間以上の就労	就労証明書及び自営業の場合は個人事業開始届や営業許可証の写し
妊娠・出産	産前6週から産後8週が属する月であり、出産の準備又は休養を要する期間	母子手帳の表紙及び出産予定日が記載されているページの写し
傷病・障がい	負傷または病気、身体・精神に障害がある場合	保育の必要性とその期間の記載がある医師の診断書 等
親族の介護	長期にわたり傷病・障がいのある親族の介護をする場合	医師の診断書等及び介護のスケジュールを記したもの
災害復旧	火災・風水害・地震などの災害により、その復旧に当たる場合	罹災証明書
求職活動	要件を満たす就労をするための活動を行い、外出することが常態となっている場合	期間限定誓約書
就 学	学校教育法に基づく学校、職業訓練校、その他専門学校などに在学している場合	学生証または在籍証明書及び時間割等スケジュールを記したもの

※添付に不足がある場合は認定できませんのでご注意ください。

【事務処理欄】	受付方法	受付者印	備考欄
※申請者は記入しない	窓口・郵便・施設		

記載例

ための施設等利用給付認定申請書

(宛先) 座間市長

【申請にあたって同意いただく事項】

1. 市が給付認定及び副食費免除決定等に必要な市区町村民税の情報（同一世帯者及び生計同一者を含む。）及び世帯構成情報等について閲覧すること。
2. 決定した認定及び免除について、利用施設に提示すること。
3. 申請書等に記載した内容は、施設等利用給付認定や施設等利用費の支給に関する情報等必要と認められる場合に、施設・事業者に提供すること。
4. 子ども・子育て支援法第30条の11第3項の規定に基づき、施設等利用費は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があること。
5. 認定事務が集中し、審査に時間を要する場合、認定までに30日を超えることがあること。
6. 虚偽の記載等がある場合、支給認定を取り消す場合があること。
7. 親権者双方（複数の場合）合意の上、提出すること。

以上のことに同意し、子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づき、施設等利用給付に係る認定を申請します。

				申請日	● 年 ●● 月 ●● 日
申請子ども	フリガナ	ザマ ヒマワリ	性別	主に利用する施設名	施設利用開始日
	氏名	座間 向日葵	<input type="checkbox"/> 男		
	生年月日	●● 年 ●● 月 ●● 日	<input type="checkbox"/> 女		
保護者	フリガナ	ザマ タロウ	申請子どもとの続柄	日中の連絡先(電話番号)	
	氏名	座間 太郎	父	父 090-****-**** 母 080-****-****	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()
現住所	〒 252 - 8566 座間市緑ヶ丘1-1-1 ザマリンレジデンス 101				
令和6年1月1日現在の住所	母親	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	父親	東京都千代田区**** *-*-*-*	
令和7年1月1日現在の住所	母親	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	父親	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	

日中繋がりやすい連絡先を記入してください

住民票上の世帯分離者や単身赴任等による別居者を含む、申請子どもの保護者、同居者を記入してください。

※個人番号は、令和6年（または令和7年）1月1日時点で座間市に住民票がない方のみ記入してください。

(生計中心申請者の番号に○を付けてください)	フリガナ	氏名	続柄	生年月日	就労先または単身赴任先/ 在学・在園名および 令和7年4月1日時点の学年
	1	ザマ タロウ 座間 太郎	父	個人番号 123456789000 ●● 年 ● 月 ● 日	(株)ごまりん商事
	2	ザマ リン 座間 凛	母	個人番号 ●● 年 ● 月 ● 日	ごまりん銀行
	3	ザマ タイヨウ 座間 太陽	兄	個人番号 ●● 年 ● 月 ● 日	ごまりん小学校 2年
	4	ザマ ヨシコ 座間 良子	祖母	個人番号 ●● 年 ● 月 ● 日	無職
	5			個人番号 年 月 日	
	6			個人番号 年 月 日	
	7			個人番号 年 月 日	
ひとり親	要件に当てはまる方は裏面も忘れずに記入してください。			別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚協議中	生活保護の受給 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中

※ひとり親

パンフレット3ページを参照

※

裏面に保育を必要とする要件等をご記入ください