

# 施設等利用給付認定申請書(第2号・第3号認定)

(あて先)大東市福祉事務所長

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

## 記入例

主たる生計者である保護者の氏名を記入ください。  
こちらに記入した保護者の氏名が通知書等に記載される宛名となります。

以上のことに同意し、時預かり事業、病児保のとおりに施設等利用給付※預かり保育事業とは、当該可能な認可外保育施設を含みます。

子ども園・特別支援学校(預かり保育事業も利用する※)、認可外保育施設、一定を希望するので、子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づき、次時間数が8時間未満または②年間開所日数200日未満のいずれかの要件に該当する場合に利用可

保護者	フリガナ	△△ △△	申請児童との続柄	父	現住所	〒 574 - XXXX 大東市〇〇丁目〇〇番△△号			
	氏名	〇〇 〇〇			現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒 -			
	日中の連絡先(電話番号) *連絡の取れる順に記入して下さい。								
	①	090-XXXX-XXXX	父・母・自宅 その他( )	②	080-XXXX-XXXX	父・母・自宅 その他( )			
					③	072-XXX-XXXX			
						父・母・自宅 その他( )			
申請児童	フリガナ	△△ △△	性別	男・女	生年月日	平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	氏名	〇〇 〇〇							
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 第2号(認定希望日の属する年度の4月1日時点において、申請児童の年齢が満3~5歳) <input type="checkbox"/> 第3号(認定希望日の属する年度の4月1日時点において、申請児童の年齢が満0~2歳) ※市町村民税非課税世帯に限る。								
保育を必要とする理由	該当する□にシ点を付けて下さい。								
	(申請児童との続柄) 父(母)その他( )	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 疾病 障害等	<input type="checkbox"/> 介護 看護	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職 活動	<input type="checkbox"/> その他( )
	(申請児童との続柄) 父(母)その他( )	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 疾病 障害等	<input type="checkbox"/> 介護 看護	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職 活動	<input type="checkbox"/> その他( )

※幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ	△△ヨウチエン	施設所在地	〒 XXX-XXXX 区 XXX-XXX-XXXX 大阪市〇〇区〇〇丁目△△番◇◇号
利用施設名	〇〇幼稚園	認定希望日(施設利用開始(予定)日)	令和 年 月 日

※認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ 利用施設名	幼稚園等の預かり保育の他に利用施設がある場合はご記入ください。	施設所在地 (※大東市以外の施設を利用する場合のみご記入ください)	認定希望日 (施設利用開始(予定)日)
			令和 年 月 日
		TEL: - -	令和 年 月 日
		TEL: - -	令和 年 月 日

※父母およびおなじ住所に住んでいる人全員(世帯分離している人も含む)について記入してください。  
(父母については単身赴任等の理由により、別居している場合においても記入が必要です。)

申請児童の保護者及び同居者	フリガナ 氏名	申請児童との続柄	生年月日	世帯員の就労先等について漏れなくご記入ください。	通園先 赴任先	要介護認定又は障害者手帳
	△△ △△ 〇〇 〇〇	父	大正・昭和 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇株式会社	<input type="checkbox"/> 有	
	△△ △△ △△ △△	母	大正・昭和 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇商事	<input type="checkbox"/> 有	
	△△ △△ ◇◇ ◇◇	兄	大正・昭和 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	△△小学校	<input type="checkbox"/> 有	
	△△ △△ ◎◎ ◎◎	妹	大正・昭和 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	◇◇保育園	<input type="checkbox"/> 有	
	△△ △△ ●● ●●	祖父	大正・昭和 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	××株式会社 (自営業)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
△△ △△ ■ ■	祖母	大正・昭和 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	××株式会社	<input type="checkbox"/> 有		

<必ず裏面も記入して下さい>

※表面「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入してください。

ひとり親世帯の該当	<input checked="" type="checkbox"/> あり(離)	<b>第3号認定を希望する場合は漏れなく記入をお願いします。</b>
本年1月1日現在の住所	(母親) <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	
昨年1月1日現在の住所 (※本年と同様の場合は不要)	(母親) 大阪市〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	

※表面の現住所と異なる場合は、市町村民税額がわかる証明書(課税証明書など)が必要となる場合があります。

※保育を必要とする理由に応じて記入して下さい(内容により下記添付書類が必要です)。

		母親の状況	父親の状況
就労	就労種別	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <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"/> その他: ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <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"/> その他: ( )
妊娠・出産			
疾病・障害		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保育を必要とする理由については詳細にご記入の上、必ず下記添付書類の提出をお願いします。 (求職活動の方につきましては、求職活動欄の誓約者氏名に署名、捺印をお願いします。)</li> <li>・ 就労証明書につきましては大東市こども家庭室保育幼稚園グループにて配布または大東市ホームページからのダウンロードが可能です。</li> </ul>	
介護・看護			
就学			
求職活動		施設等利用給付認定後、1ヶ月以内に就労することを誓約します。なお、3ヶ月以内に就労しない場合は、当該認定を取消しされても異議ありません。 また、就労が決定次第、就労証明書を提出します。 令和 年 月 日 誓約者氏名	施設等利用給付認定後、1ヶ月以内に就労することを誓約します。なお、3ヶ月以内に就労しない場合は、当該認定を取消しされても異議ありません。 また、就労が決定次第、就労証明書を提出します。 令和 年 月 日 誓約者氏名
災害復旧	災害の状況:	災害の状況:	災害の状況:
その他	保育を行うことが困難な理由	保育を行うことが困難な理由	保育を行うことが困難な理由

添付書類(保護者それぞれについて必要です)

1	就労中もしくは就労予定の方	就労証明書(大東市ホームページからダウンロード可能です)
2	出産前後の方(出産前後8週間のみの利用に限る)	母子健康手帳の写し(氏名と出産日又は出産予定日が記載されているページ)
3	保護者が傷病の方	診断書(子どもの保育が困難であること、また、子どもの保育が困難な期間が記載されているもの)
4	保護者が障害をお持ちの方	身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し
5	保護者が介護・看護している方	被介護・看護者等の介護保険証、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等の写し又は診断書(介護・看護が必要であること、また、その期間が記載されているもの)
6	保護者が学校に在学中もしくは入学予定の方	在学証明書(入学予定の場合は合格通知等)及び、カリキュラムまたは時間割
7	災害復旧に従事している方	罹災証明書等

# 施設等利用給付認定申請書(第2号・第3号認定)

(宛先)大東市福祉事務所長

令和 年 月 日

<p><b>【申請に当たって同意していただく事項】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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として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。</li> <li>子ども・子育て支援法第30条の11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。</li> <li>新年度4月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請日にかかわらず、子ども・子育て支援法第30条の5第5項の規定に基づき、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。</li> <li>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。</li> <li>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号へ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。</li> </ol>	<p><b>受付</b></p>
--	------------------

以上のことに同意し、保護者の就労、疾病その他の理由により、幼稚園・認定こども園・特別支援学校(預かり保育事業も利用する(※))、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業の施設等利用給付認定を希望するので、子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づき、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

※預かり保育事業とは、当該幼稚園等が実施する預かり保育事業が、①平日、教育時間を含み提供時間数が8時間未満又は②年間開所日数200日未満のいずれかの要件に該当する場合に利用可能な認可外保育施設を含みます。

保護者	フリガナ			申請児童との続柄			現住所	〒 -									
	氏名						現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒 -									
	日中の連絡先(電話番号) *連絡の取れる順に記入して下さい。																
	①	父・母・自宅 その他( )	②	父・母・自宅 その他( )	③	父・母・自宅 その他( )											
申請児童	フリガナ			性別			生年月日	平成・令和 年 月 日									
	氏名			男・女													
認定種別	<input type="checkbox"/> 第2号(認定希望日の属する年度の4月1日時点において、申請児童の年齢が満3～5歳)																
	<input type="checkbox"/> 第3号(認定希望日の属する年度の4月1日時点において、申請児童の年齢が満0～2歳) ※市町村民税非課税世帯に限る。																
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。																
	(申請児童との続柄) 父・母・その他( )	<input type="checkbox"/>	就労	<input type="checkbox"/>	妊娠 出産	<input type="checkbox"/>	疾病 障害等	<input type="checkbox"/>	介護 看護	<input type="checkbox"/>	就学	<input type="checkbox"/>	災害復旧	<input type="checkbox"/>	求職 活動	<input type="checkbox"/>	その他( )
	(申請児童との続柄) 父・母・その他( )	<input type="checkbox"/>	就労	<input type="checkbox"/>	妊娠 出産	<input type="checkbox"/>	疾病 障害等	<input type="checkbox"/>	介護 看護	<input type="checkbox"/>	就学	<input type="checkbox"/>	災害復旧	<input type="checkbox"/>	求職 活動	<input type="checkbox"/>	その他( )

※幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ			施設所在地	〒 -		TEL	-	
利用施設名			(※大東市以外の施設を利用する場合のみご記入ください)					
	認定希望日(施設利用開始(予定)日)					令和 年 月 日		

※認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ 利用施設名	利用するサービスの種類	施設所在地 (※大東市以外の施設を利用する場合のみご記入ください)	認定希望日 (施設利用開始(予定)日)
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 - TEL: - -	令和 年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 - TEL: - -	令和 年 月 日

※父母及び同じ住所に住んでいる人全員(世帯分離している人も含む)について記入してください。  
(父母については単身赴任等の理由により、別居している場合においても記入が必要です。)

申請児童の保護者及び同居者	フリガナ 氏名	申請児童との続柄	生年月日	性別	就労先・通学・通園先 又は単身赴任先	要介護認定又は 障害者手帳
	1			大正・昭和 平成・令和 年 月 日	男・女	
2			大正・昭和 平成・令和 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 有
3			大正・昭和 平成・令和 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 有
4			大正・昭和 平成・令和 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 有
5			大正・昭和 平成・令和 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 有
6			大正・昭和 平成・令和 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入して下さい>

※表面「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入してください。

ひとり親世帯の該当	なし ・ あり (離婚・死別・未婚・その他( ))			
本年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
昨年1月1日現在の住所 (※本年と同様の場合は不要)	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

※表面の現住所と異なる場合は、市町村民税額がわかる証明書(課税証明書など)が必要となる場合があります。

※保育を必要とする理由に応じて記入して下さい(内容により下記添付書類が必要です)。

		母親の状況		父親の状況	
就労	就労種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <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"/> その他: ( )		<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <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"/> その他: ( )	
	妊娠・出産	(予定日・出産日) 令和 年 月 日			
疾病・障害	疾病障害名				
	治療状況	入院中 年 月 日 ~ 年 月 日 通院中 回 / 週・月・年		入院中 年 月 日 ~ 年 月 日 通院中 回 / 週・月・年	
介護・看護	被介護・看護者名	(申請児童との続柄: )		(申請児童との続柄: )	
	疾病障害名				
	被介護・看護者の状況	入院治療中 ・ 通院治療中		入院治療中 ・ 通院治療中	
	付き添い状況等	頻度等 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 左記以外( 日 / 週・月)		頻度等 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 左記以外( 日 / 週・月)	
就学	学校名			学校名	
	通学手段・時間	通学手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。		通学手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。	
	通学時間	約 時間 分 ※片道時間をご記入ください。		約 時間 分 ※片道時間をご記入ください。	
	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	求職活動	施設等利用給付認定後、1ヶ月以内に就労することを誓約します。なお、3ヶ月以内に就労しない場合は、当該認定を取消しされても異議ありません。 また、就労が決定次第、就労証明書を提出します。 令和 年 月 日 誓約者氏名		施設等利用給付認定後、1ヶ月以内に就労することを誓約します。なお、3ヶ月以内に就労しない場合は、当該認定を取消しされても異議ありません。 また、就労が決定次第、就労証明書を提出します。 令和 年 月 日 誓約者氏名	
	災害復旧	災害の状況:		災害の状況:	
	その他	保育を行うことが困難な理由		保育を行うことが困難な理由	

添付書類(保護者それぞれについて必要です)

1	就労中もしくは就労予定の方	就労証明書(大東市ホームページからダウンロード可能です)
2	出産前後の方(出産前後8週間のみの利用に限る)	母子健康手帳の写し(氏名と出産日又は出産予定日が記載されているページ)
3	保護者が傷病の方	診断書(子どもの保育が困難であること、また、子どもの保育が困難な期間が記載されているもの)
4	保護者が障害をお持ちの方	身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し
5	保護者が介護・看護している方	被介護・看護者等の介護保険証、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等の写し又は診断書(介護・看護が必要であること、また、その期間が記載されているもの)
6	保護者が学校に在学中もしくは入学予定の方	在学証明書(入学予定の場合は合格通知等)及び、カリキュラムまたは時間割
7	災害復旧に従事している方	罹災証明書等



## 施設等利用給付認定変更届

(住所、世帯状況等の変更用)

年 月 日

(宛先) 大東市福祉事務所長

保護者住所： \_\_\_\_\_

保護者氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

連絡先 (TEL)： \_\_\_\_\_ (父)

連絡先 (TEL)： \_\_\_\_\_ (母)

施設等利用給付認定を受けた内容を変更する必要があるが生じたので、子ども・子育て支援法施行規則第28条の12第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

現在の認定状況	児童の氏名及び生年月日	氏名： _____ 年 月 日	
		氏名： _____ 年 月 日	
	保護者との続柄		
	利用施設・事業所名		
	認定区分	子ども・子育て支援法第30条の4 <input type="checkbox"/> 第1号 <input type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号	
保育の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (事由： _____ )		
変更内容		変更前 (変更箇所のみ記入)	変更後 (変更箇所のみ記入)
	保護者の氏名		
	保護者の生年月日	年 月 日	年 月 日
	児童との続柄		
	住所		
	児童の氏名		
	世帯員【追加・削除】	氏名 ( _____ )	児童との続柄： _____
	※「追加」「削除」のいずれかを○で囲んでください。	氏名 ( _____ )	児童との続柄： _____
	同居祖父母の有無 (世帯が異なる場合も含む)	有 ・ 無	
		有の場合 祖父氏名 ( _____ )	祖母氏名 ( _____ )
	変更理由		
変更が発生した日	年 月 日		
その他			