

令和7年 12月 20日

子育てのための施設等利用給付認定申請書兼現況届(新2号・新3号認定用)

(あて先) 羽島市長

【申請にあたって同意していただく事項】

- 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できます。
- 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、する場合があります。
- 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、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
- 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
- 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ません。

認定希望日：施設等の入園日（入園予定日）または利用開始日（原則として申請する月の翌月1日、年度当初の場合は4月1日）をご記入ください。

※申請日より前の日付は記入しないでください。遡っての認定はできません。

以上のこととに同意し、保護者の就労、疾病その他の理由により、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。

※1. 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能な認可外保育施設を含みます。

認定希望日 (施設利用開始日) 令和8年 4月 1日

保護者	フリガナ	ハシマ タケロウ	申請子どもとの続柄	父	居住地	〒 501 - 6292	
	氏名	羽島 竹郎			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) *確実に連絡の取れる順に記入して下さい。				生年月日	昭和63年 1月 1日	
① 090-1234-5678	父携帯 父勤務先 自宅・その他()	② 080-9876-5432	母携帯 母勤務先 父勤務先 自宅・その他()		個人番号 (マイナンバー)	9876 5432 1098	
子 ど も 申 請	フリガナ	ハシマ タロウ	現住所 申請者と異なる場合のみ記載	生年月日	個人番号(マイナンバー)		
	氏名	羽島 太郎			1234 5678 9012		
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している(第2号) <input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある(第3号)					左記で第3号に該当し、市民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当	
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。 (子から見た続柄) 父・母・その他() <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 疾病 (子から見た続柄) 父・母・その他() <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 疾病 出産 障害等 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 災害 障害等 <input type="checkbox"/> 復旧					第3号で申請する方は、必ず確認してください。	

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

認定希望日の 前年1月1日現在の住所 ※2	(母親)	□ 現住所と同じ	(父親)	□ 現住所と同じ
認定希望日の 前々年1月1日現在の住所 ※3	(母親)	□ 現住所と同じ	(父親)	□ 現住所と同じ

※2.3. 現住所と異なる場合は、記入した住所地の市町村で発行される前年(前々年)1月1日を賦課年度とする市町村民税所得割額がわかる証明書(課税証明書など)を添付して下さい。

同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

(生計の中心者の番号の保護者に○印を付けて同居者下さい)	フリガナ 氏名	申請子どもとの続柄	生年月日	就労・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 ハシマ タケロウ 羽島 竹郎	父	個人番号 9876 5432 1098 昭和 63 年 1 月 1 日	はしま商事(株)	<input type="checkbox"/> 有
	2 ハシマ ウメコ 羽島 梅子	母	個人番号 1111 2222 3333 昭和 63 年 7 月 7 日	はしま銀行○○支店	<input type="checkbox"/> 有
	3 ハシマ ジロウ 羽島 次郎	弟	個人番号 1234 5678 9012 令和 6 年 5 月 10 日		<input type="checkbox"/> 有
	4		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
	5		月 日	第3号の場合は、父・母・ 生計中心者の個人番号を ご記入ください。	
	6		月 日	第2号の場合は、記入不要 です。	
	7		月 日		
同居人(祖父母等)を含む全員(施設に 通う本人以外)について記入して下さい。 また生計中心者の番号を○印で囲って ください。					

<必ず裏面も記入して下さい>

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 施設名	所在地	〒	—	—	—
	利用開始予定日	(入園予定日) をご記入ください。			

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 施設名	利用するサービス の種類	所在地	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	〒 501-62XX 羽島市竹鼻町○○ TEL: — —	令和8年4月1日
		TEL: — —	年 月 日
		TEL: — —	年 月 日
		TEL: — —	年 月 日

利用する施設が無償化の対象となるかどうか、ご確認ください。
また複数の施設・サービスを利用される場合にも上限額がありますので、ご注意ください。
ただし施設の条件等によって、無償化の対象となるかどうか、また上限額もありますので、ご注意ください。

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

		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: ()
	通勤手段・時間	通勤手段 ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通勤時間 約 60 分 (往復時間を記入して下さい。)	通勤手段 ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通勤時間 約 40 分 (往復時間を記入して下さい。)
	前年1月1日以降の転職	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: みなみ商店 ① 就労期間: 平成29年12月1日 から 平成31年3月31日 ② 就労先名: 就労期間: から	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: ① 就労期間: 就労先名: ② 就労期間: から
妊娠・出産(申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日		
疾病・障害等	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
介護・看護	(申請子どもとの統柄:) (申請子どもとの統柄:)		
受診等の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()		
災害復旧	災害の状況:		
就学	通学手段・時間	通学手段 ※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 分 (往復時間を記入して下さい。)	通学手段 ※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 分 (往復時間を記入して下さい。)
	就学の目的	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()	
	期間	年 月 日まで	
卒業後の予定	(就労日数・時間)	□ 週 日、 1 日 時間就労	(就労日数・時間) □ 週 日、 1 日 時間就労
求職中	私は現在求職中ですが、認定後3ヶ月以内に就労証明書を提出することが出来なかった場合には、施設等利用給付認定の取り消しをされても異議申し立てをしません。 年 月 日 氏名		私は現在求職中ですが、認定後3ヶ月以内に就労証明書を提出することが出来なかった場合には、施設等利用給付認定の取り消しをされても異議申し立てをしません。 年 月 日 氏名
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

保育を必要とする理由に応じて、記入及び添付書類をご用意ください。

家族状況申立書(就労証明)の様式は、羽島市のホームページからダウンロードで
きます(窓口でもお配りしています)。