

## 子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書(法第30条の4)

**【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あります。また確認した資料は、補足給付事業の実施のために利用する場合があります。
- 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、補足給付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。
- 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。
- 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、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。
- 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。

**保育の必要性のある方の方の内、年少以上は「イ：2号認定」、年少未満は「ウ：3号認定」に○をつけてください。**

**（「ア：1号認定」は申請の必要はありません。）**

**※年少未満「ウ：3号認定」は市民税非課税世帯である必要があります。**

**提出日を記載してください。**

**認定期間は提出日より遡ることはできませんのでご注意ください。**

申請先	治市長		申請日	令和〇年〇〇月〇〇日		
申請する認定区分(申請区分)ア～ウのうち該当に○	ア	法第30条の4 1号認定	表面(1～4)を記入してください。			
	イ	法第30条の4 2号認定	保育の必要性を確認するため表・裏の両面(1～6)を記入してください。			
	ウ	法第30条の4 3号認定	保育の必要性を確認するため表・裏の両面(1～6)を記入してください。 ※市民税所得割額が非課税であることが必要です。			
認定期間(施設利用期間)の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 〇年〇月〇日		～	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前 <input type="checkbox"/> 〇年〇月〇日		

### 1 申請に係る児童

フリガナ	イマバリ ミチコ		性別	男	続柄	子	個人番号(マイナンバー)	000000000000	
児童の氏名	今治 道子		性別	女	続柄	子	生年月日	〇年〇月〇日	

### 2 申請者(給付認定保護者となる者)

※これまでにかつどの申請をしたことがある場合は、その際の申請者を記入してください。

フリガナ	イマバリ ナミコ		教育・保育給付認定(支給認定)の保護者と同じ方を記載してください。	
申請を行う保護者の氏名	今治 なみ子		月日	〇年〇月〇日
連絡先①	000-0000-0000	連絡先②	111-1111-1111	
申請を行う保護者の住所	〒000-0000 今治市 別宮町〇-〇-〇 今治マンション〇号室			
令和4年1月1日現在の住所	(母親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	松山市〇〇町〇-〇-〇 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ
令和3年1月1日現在の住所	(母親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	松山市〇〇町〇-〇-〇 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ

### 3 世帯の状況(申請児童の保護者、同居の家族および同居人) ※申請に係る児童は除く

(生計の申請子どもの番号に○を付けて下さい)	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	イマバリ シマオ 今治 しま男	父	個人番号 111111111111 〇年 〇月 〇日	〇〇株式会社 単身赴任中
2	イマバリ ナミコ 今治 なみ子	母	個人番号 222222222222 〇年 〇月 〇日	〇〇(自営)	<input type="checkbox"/> 有
3	イマバリ ウミオ 今治 海男	兄	個人番号 333333333333 〇年 〇月 〇日	〇〇小学校3年生	<input type="checkbox"/> 有
4	イマバリ イマオ 今治 今男	祖父	個人番号 444444444444 〇年 〇月 〇日	農業	<input checked="" type="checkbox"/> 有
5	イマバリ ハルコ 今治 治子	祖母	個人番号 555555555555 〇年 〇月 〇日	〇〇(自営)	<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号		
7			個人番号		

**利用開始予定日は認定期間の開始日を記載してください。それ以降でもかまいません。(参考までに記載いただきますので、実際の利用と異なっても問題はありません。)**

### 4 利用施設(幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する場合に記入)

フリガナ	〇〇ヨウチエン		所在地	〒000-0000 〇〇-2222-2222
施設名	〇〇幼稚園		今治市〇〇町〇-〇-〇	
	利用開始予定日	〇年〇月〇日		

5 利用施設（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場合に記入）

フリガナ 施設名	利用するサービスの 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	〒  TEL:	年 月 日
<p><b>鳥諸部を除いた今治市内の幼稚園・認定こども園については下記の基準には該当しないため、他施設のサービスについては無償化（補助）の対象とはなりません。そのため、ほとんどの施設でこの項目については記載の必要はありません。</b></p> <p><b>●在園施設以外のサービスの無償化を希望できる場合●</b> 他施設にて行われる預かり保育等を併用されている場合は、在園されている幼稚園・認定こども園の、教育時間を含む平日の預かり保育事業の提供時間が8時間未満又は年間開所日数が200日未満のいずれかの場合に該当する場合のみ、上限額の範囲内で支給の対象となります。</p>			
	病児保育・子育て援助活動	〒  TEL: - -	年 月 日

6 保育を必要とする状況

※保護者が父母以外の場合は【 】内に氏名を記入してください。

		母【 】		父【 】		
保育を必要とする事由 ※該当に✓		<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> その他			
		※該当する下欄も記入してください。		※該当する下欄も記入してください。		
就労	就労種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input checked="" type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外 <input checked="" 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 徒歩・ <u>自転車</u> ・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。	通勤手段 徒歩・自転車・バス・自動車・ <u>電車</u> ・その他（ ） ※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 15 分（往復時間を記入して下さい。）	約 20 分（往復時間を記入して下さい。）			
育児休業	育児休業	育児休業法等に基づく育児休業期間 年 月 日～ 年 月 日		育児休業法等に基づく育児休業期間 年 月 日～ 年 月 日		
	復職日	年 月 日		年 月 日		
妊娠・出産（申請時点）		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒（予定日） 年 月 日				
疾病・障がい等		（疾病・障がい名）（手帳交付） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		（疾病・障がい名）（手帳交付） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
介護・看護	被介護者名	（申請子どもとの続柄：）		（申請子どもとの続柄：）		
	傷病・障がい名					
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（ ）		<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：		災害の状況：		
求職活動等		活動の内容：		活動の内容：		
就学	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 分（往復時間を記入して下さい。）	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（ ）		<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		年 月 日まで			
卒業後の予定	（就労日数・時間） <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月		（就労日数・時間） <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月			
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		

添付書類（以下の中から該当する書類を添付して下さい）

1 居宅外で就労されている方（予定を含む） 自営（自宅外自営、親族経営等の自営を含む）の場合	雇用（内定）証明書（就労内定の場合はその証明を受けて下さい） 就労状況確認書、自営の証明書類の写し（確定申告書、営業許可証、開業届等）
2 出産前後の方（出産前8週間・後8週間に限る）	母子健康手帳の写し（氏名と出産予定日が記載されているページ）
3 保護者が学校に在学中の方	求職・介護（看護）・就学申立書（入学予定の場合は合格通知等）
4 保護者が病気の方	診断書（市の指定する様式）
5 保護者が障がいをお持ちの方	障がいによる手帳等の交付を受けている方…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 交付を受けていない方…診断書（市の指定する様式）
6 保護者が介護している方	求職・介護（看護）・就学申立書及び介護が必要であることがわかる書類（診断書、介護保険証の写し等）
7 保護者が求職中の方	求職・介護（看護）・就学申立書

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書(法第30条の4)

【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あります。また確認した資料は、補足給付事業の実施のために利用する場合があります。
- 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、補足給付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。
- 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。

●保育料のみの無償化の方：「ア：1号認定」に○をつけてください。

●保育料・預かり保育の無償化を希望する方：保育の必要性のある方の内、年少以上は「イ：2号認定」、年少未満は「ウ：3号認定」に○をつけてください。

※年少未満「ウ：3号認定」は市民税非課税世帯である必要があります。

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、

設（企業主導型保育事業）の利田がある場合は、本認定の申請はで

提出日を記載してください。

認定期間は提出日より遡ることはできませんのでご注意ください。

申請先	今 治 市 長		申請日	令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
申請する認定区分(申請区分)ア～ウのうち該当に○	ア	法第30条の4 1号認定	表面(1～4)を記入してください。			
	イ	法第30条の4 2号認定	保育の必要性を確認するため表・裏の両面(1～6)を記入してください。			
	ウ	法第30条の4 3号認定	保育の必要性を確認するため表・裏の両面(1～6)を記入してください。 ※市民税所得割額が非課税であることが必要です。			
認定期間(施設利用期間)の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 〇 年 〇 月 〇 日		～	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前 <input type="checkbox"/> 〇 年 〇 月 〇 日		

1 申請に係る児童

フリガナ	イマバリ ミチコ		性別	男	続柄	子	個人番号(マイナンバー)	000000000000	
児童の氏名	今治 道子		性別	女	続柄	子	生年月日	〇 年 〇 月 〇 日	

2 申請者(給付認定保護者となる者)

※これまで

父母どちらでもかまいませんが、きょうだいの申請をしたことがある場合は、その際の保護者を記入してください。

フリガナ	イマバリ ナミコ		申請を行う保護者の氏名	今治 なみ子		月日	〇 年 〇 月 〇 日	
連絡先①	000-0000-0000		連絡先②	111-1111-1111				
申請を行う保護者の住所	〒000-0000 今治市 別宮町〇-〇-〇 今治マンション〇号室							
令和4年1月1日現在の住所	(母親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ			(父親)	松山市〇〇町〇-〇-〇 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ		
令和3年1月1日現在の住所	(母親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ			(父親)	松山市〇〇町〇-〇-〇 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ		

3 世帯の状況(申請児童の保護者、同居の家族および同居人) ※申請に係る児童は除く

(生計の申請子どもの番号に○を付けて下さい)	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	イマバリ シマオ 今治 しま男	父	個人番号 111111111111 〇 年 〇 月 〇 日	〇〇株式会社 単身赴任中
2	イマバリ ナミコ 今治 なみ子	母	個人番号 222222222222 〇 年 〇 月 〇 日	〇〇(自営)	<input type="checkbox"/> 有
3	イマバリ ウミオ 今治 海男	兄	個人番号 333333333333 〇 年 〇 月 〇 日	〇〇小学校3年生	<input type="checkbox"/> 有
4	イマバリ イマオ 今治 今男	祖父	個人番号 444444444444 〇 年 〇 月 〇 日	農業	<input checked="" type="checkbox"/> 有
5	イマバリ ハルコ 今治 治子	祖母	個人番号 555555555555 〇 年 〇 月 〇 日	〇〇(自営)	<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号 年 月 日		
7			個人番号 年 月 日		

利用開始予定日は認定期間の開始日を記載してください。それ以降でもかまいません。(参考までに記載いただきますので、実際の利用と異なっても問題はありません。)

4 利用施設(幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する場合に記入)

フリガナ	〇〇ヨウチエン		所在地	〒000-0000 〇〇-2222-2222	
施設名	〇〇幼稚園		利用開始予定日	〇 年 〇 月 〇 日	

裏面については、認定区分で「ウ」又は「イ」を選択した方のみ記載してください。

未移行幼稚園用 記入例

5 利用施設（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場合に記入）

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	〒  TEL: _____	年 月 日
<p>鳥諸部を除いた今治市内の幼稚園・認定こども園については下記の基準には該当しないため、他施設のサービスについては無償化（補助）の対象とはなりません。そのため、ほとんどの施設でこの項目については記載の必要はありません。</p> <p>●在園施設以外のサービスの無償化を希望できる場合● 他施設にて行われる預かり保育等を併用されている場合は、在園されている幼稚園・認定こども園の、教育時間を含む平日の預かり保育事業の提供時間が8時間未満又は年間開所日数が200日未満のいずれかの場合に該当する場合のみ、上限額の範囲内で支給の対象となります。</p>			
	病児保育 ・ 子育て援助活動	TEL: _____	

6 保育を必要とする状況

※保護者が父母以外の場合は【 】内に氏名を記入してください。

		母【 】		父【 】		
保育を必要とする事由 ※該当に✓	✓就労	<input type="checkbox"/> 病気・けが	<input type="checkbox"/> 障がい	✓就労	<input type="checkbox"/> 病気・けが	<input type="checkbox"/> 障がい
	<input type="checkbox"/> 介護・看護	<input type="checkbox"/> 通学	<input type="checkbox"/> 求職中	<input type="checkbox"/> 介護・看護	<input type="checkbox"/> 通学	<input type="checkbox"/> 求職中
	<input type="checkbox"/> 災害の復旧	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 災害の復旧	<input type="checkbox"/> その他	
		※該当する下欄も記入してください。		※該当する下欄も記入してください。		
就労	就労種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input checked="" type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外 <input checked="" 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 徒歩・ <u>自転車</u> ・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。 通勤時間 約 <b>15</b> 分（往復時間を記入して下さい。）		通勤手段 徒歩・自転車・バス・自動車・ <u>電車</u> ・その他（ ） ※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 <b>20</b> 分（往復時間を記入して下さい。）		
	育児休業	育児休業法等に基づく育児休業期間 年 月 日～ 年 月 日 復職日 年 月 日		育児休業法等に基づく育児休業期間 年 月 日～ 年 月 日 復職日 年 月 日		
妊娠・出産（申請時点）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒（予定日） 年 月 日					
疾病・障がい等	（疾病・障がい名）（手帳交付） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		（疾病・障がい名）（手帳交付） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
介護・看護	被介護者名（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"/> 入院中 通院（月・週 回） <input type="checkbox"/> 通所・通学（週 回） 施設名（ ）		<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：		災害の状況：			
求職活動等	活動の内容：		活動の内容：			
就学	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。 通学時間 約 分（往復時間を記入して下さい。）		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 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（ ）		<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		年 月 日まで		
卒業後の予定	（就労日数・時間） <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月		（就労日数・時間） <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月			
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			

添付書類（以下の中から該当する書類を添付して下さい）

1 居宅外で就労されている方（予定を含む） 自営（自宅外自営、親族経営等の自営を含む）の場合	雇用（内定）証明書（就労内定の場合はその証明を受けて下さい） 就労状況確認書、自営の証明書類の写し（確定申告書、営業許可証、開業届等）
2 出産前後の方（出産前8週間・後8週間に限る）	母子健康手帳の写し（氏名と出産予定日が記載されているページ）
3 保護者が学校に在学中の方	求職・介護（看護）・就学申立書（入学予定の場合は合格通知等）
4 保護者が病気の方	診断書（市の指定する様式）
5 保護者が障がいをお持ちの方	障がいによる手帳等の交付を受けている方…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 交付を受けていない方…診断書（市の指定する様式）
6 保護者が介護している方	求職・介護（看護）・就学申立書及び介護が必要であることがわかる書類（診断書、介護保険証の写し等）
7 保護者が求職中の方	求職・介護（看護）・就学申立書

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書(法第30条の4)

【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あります。また確認した資料は、補給付事業の実施のために利用する場合があります。
- 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、補給付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。
- 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。
- 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、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。
- 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

保育の必要性のある方内、年少以上は「イ：2号認定」、年少未満は「ウ：3号認定」に○をつけてください。

（「ア：1号認定」は申請の必要はありません。）

※年少未満「ウ：3号認定」は市民税非課税世帯である必要があります。

提出日を記載してください。

認定期間は提出日より遡ることはできませんのでご注意ください。

申請先	治市長	申請日	令和〇年〇〇月〇〇日
申請する認定区分(申請区分)ア～ウのうち該当に○	ア	法第30条の4 1号認定	表面(1～4)を記入してください。
	イ	法第30条の4 2号認定	保育の必要性を確認するため表・裏の両面(1～6)を記入してください。
	ウ	法第30条の4 3号認定	保育の必要性を確認するため表・裏の両面(1～6)を記入してください。 ※市民税所得割額が非課税であることが必要です。
認定期間(施設利用期間)の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 〇年〇月〇日 ~ <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前 <input type="checkbox"/> 〇年〇月〇日		

1 申請に係る児童

フリガナ	イマバリ ミチコ	性別	男	続柄	子	個人番号(マイナンバー)	000000000000
児童の氏名	今治 道子		女			生年月日	〇年〇月〇日

2 申請者(給付認定保護者となる者)

※こま

父母どちらでもかまいませんが、きょうだいの申請をしたことがある場合は、その際の保護者を記入してください。

フリガナ	イマバリ ナミコ	月日	〇年〇月〇日
申請を行う保護者の氏名	今治 なみ子		
連絡先①	000-0000-0000	連絡先②	111-1111-1111
申請を行う保護者の住所	〒000-0000 今治市 別宮町〇-〇-〇 今治マンション〇号室		
令和4年1月1日現在の住所	(母親) <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	松山市〇〇町〇-〇-〇 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ
令和3年1月1日現在の住所	(母親) <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	松山市〇〇町〇-〇-〇 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ

3 世帯の状況(申請児童の保護者、同居の家族および同居人) ※申請に係る児童は除く

(生計の申請子どもの番号に○を付けて下さい)	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	イマバリ シマオ 今治 しま男	父	個人番号 111111111111 〇年 〇月 〇日	〇〇株式会社 単身赴任中
2	イマバリ ナミコ 今治 なみ子	母	個人番号 222222222222 〇年 〇月 〇日	〇〇(自営)	<input type="checkbox"/> 有
3	イマバリ ウミオ 今治 海男	兄	個人番号 333333333333 〇年 〇月 〇日	〇〇小学校3年生	<input type="checkbox"/> 有
4	イマバリ イマオ 今治 今男	祖父	個人番号 444444444444 〇年 〇月 〇日	農業	<input checked="" type="checkbox"/> 有
5	イマバリ ハルコ 今治 治子	祖母	個人番号 555555555555 〇年 〇月 〇日	〇〇(自営)	<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

4 利用施設(幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する場合に記入)

フリガナ	
施設名	記載の必要はありません。

5 利用施設（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場合に記入）

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
〇〇エン 〇〇園	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 今治市〇〇町〇-〇-〇 TEL 222-2222-2222	〇 年 〇 月 〇 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 -	
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 -	
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 -	年 月 日

利用開始予定日は認定期間の開始日を記載してください。それ以降でもかまいません。（参考までに記載いただきますので、実際の利用と異なっても問題はありません。）

6 保育を必要とする状況

※保護者が父母以外の場合は【 】内に氏名を記入してください。

		母【 】	父【 】
保育を必要とする事由 ※該当に✓		<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> その他
		※該当する下欄も記入してください。	
就労	就労種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input checked="" type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外 <input checked="" 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 徒歩・ <input checked="" type="checkbox"/> 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。 通勤時間 約 15 分（往復時間を記入して下さい。）	通勤手段 徒歩・自転車・バス・自動車・ <input checked="" type="checkbox"/> 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。 通勤時間 約 20 分（往復時間を記入して下さい。）
	育児休業	育児休業法等に基づく育児休業期間 年 月 日～ 年 月 日 復職日 年 月 日	育児休業法等に基づく育児休業期間 年 月 日～ 年 月 日 復職日 年 月 日
妊娠・出産（申請時点）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒（予定日） 年 月 日		
疾病・障がい等	（疾病・障がい名）（手帳交付） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	（疾病・障がい名）（手帳交付） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
介護・看護	被介護者名 （傷病・障がい名）	（申請子どもとの続柄： ）	
	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（ ）	<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：		
求職活動等	活動の内容：		
就学	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。 通学時間 約 分（往復時間を記入して下さい。）	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 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） <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月	
その他	保育を行うことが困難と認められる内容		

添付書類（以下の中から該当する書類を添付して下さい）

1 居宅外で就労されている方（予定を含む） 自営（自宅外自営、親族経営等の自営を含む）の場合	雇用（内定）証明書（就労内定の場合はその証明を受けて下さい） 就労状況確認書、自営の証明書類の写し（確定申告書、営業許可証、開業届等）
2 出産前後の方（出産前8週間・後8週間に限る）	母子健康手帳の写し（氏名と出産予定日が記載されているページ）
3 保護者が学校に在学中の方	求職・介護（看護）・就学申立書（入学予定の場合は合格通知等）
4 保護者が病気の方	診断書（市の指定する様式）
5 保護者が障がいをお持ちの方	障がいによる手帳等の交付を受けている方…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 交付を受けていない方…診断書（市の指定する様式）
6 保護者が介護している方	求職・介護（看護）・就学申立書及び介護が必要であることがわかる書類（診断書、介護保険証の写し等）
7 保護者が求職中の方	求職・介護（看護）・就学申立書