

子育てのための施設等利用給付認定申請書【無償化の申請書】

無・申

以下の同意事項を了承の上、次のとおり施設等利用に係る認定を申請します。

- 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その他施設における給食費の徴収に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者を提供することがあります。
- 施設等利用費は、市が認めた場合は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領する場合があります。
- 提出書類に関し、記入漏れや内容について提出書類作成先の担当者に照会する場合があります。
- 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、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、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。
(別途、施設により標準的な利用料が無償になります。)

番号確認	
カード	
免・バス	
その他	
受付者	

年 月 日

住所	国立市				
電話番号 (主な連絡先に☑)	<input type="checkbox"/> 保護者1携帯	<input type="checkbox"/> 保護者2携帯	<input type="checkbox"/> 自宅		
保護者	申請者	氏名	生年月日	個人番号・備考	本年1月1日の 住所地
	保護者1	ふりがな ⑨	S・H 年 月 日	個人番号 上記住所と異なる場合	<input type="checkbox"/> 国立市 <input type="checkbox"/> 国立市外 市・区
	保護者2	ふりがな ⑨	S・H 年 月 日	個人番号 上記住所と異なる場合	<input type="checkbox"/> 国立市 <input type="checkbox"/> 国立市外 市・区
	申込み 児童	氏名	生年月日	個人番号・利用園	
	ふりがな	H・R 年 月 日 クラス年齢 満3・年少・年中・年長	個人番号 園 施設利用開始日 H・R 年 月 日		
	ふりがな	H・R 年 月 日 クラス年齢 満3・年少・年中・年長	個人番号 園 施設利用開始日 H・R 年 月 日		
保護者1・保護者2・申込み児童を除く同居する全ての方を記入してください(世帯分離含む)。					
	氏名	生年月日	備考		
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

以下のいずれかにチェックをしてください。

- 新1号認定を希望する(幼稚園の教育時間のみを利用する。(上限25,700円/月の保育料の無償化))**
(ただし、国立大学附属幼稚園は8,700円、国立大学附属特別支援学校は400円を月の上限とする。)
- 新2・3号認定を希望する(保護者1・保護者2それぞれが保育を必要とする要件(裏面参照)を満たし、幼稚園の預かり保育や認可外保育施設等を利用する。以下及び裏面のご記入をお願いいたします。(預かり保育部分の無償化))**

利用する(予定を含む)サービス(幼稚園の預かり保育、認可外保育施設、一時保育事業、病児保育事業、その他(ファミリー・サポート・センター事業等))を記入してください。

ふりがな・施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始予定日
	幼稚園の預かり保育・認可外 一時保育・病児保育・その他	TEL :	年 月 日
	幼稚園の預かり保育・認可外 一時保育・病児保育・その他	TEL :	年 月 日

幼稚園の預かり保育や認可外保育施設を利用する事由に応じて、
保護者1の状況・保護者2の状況の欄、**両方**をご記入ください。

保護者1の状況			
①就労・ ②就学	勤務先名・学校名		
	所在地	電話番号	
	就労(学)期間	H・R 年 月 日から (退職予定がある場合:R 年 月 日まで)	
不存在	<input type="checkbox"/> 該当 → ひとり親家庭状況申告書をご提出ください		
出産	出産予定日 : 令和 年 月 日		
③い疾 ・病 ④介 ・し ・しょう が 護 等	対象者氏名(続柄)	<input type="checkbox"/> 保護者本人 <input type="checkbox"/> 保護者以外(氏名: 続柄:)	
	疾病及びしょうがい名等	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級・度)
	状況(病院・施設名)	<input type="checkbox"/> 入院() <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通所・通院() 月・週 回	
⑤求 職	求職活動中	<input type="checkbox"/> 活動中である <input type="checkbox"/> 月 日から開始する	活動の頻度 月・週 回程度
	内定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 R 年 月 日より <input type="checkbox"/> 勤務予定 <input type="checkbox"/> 開業予定	
	具体的な内容	内定有の方は記入してください。()	

保護者2の状況			
①就労・ ②就学	勤務先名・学校名		
	所在地	電話番号	
	就労(学)期間	H・R 年 月 日から (退職予定がある場合:R 年 月 日まで)	
不存在	<input type="checkbox"/> 該当 → ひとり親家庭状況申告書をご提出ください		
出産	出産予定日 : 令和 年 月 日		
③い疾 ・病 ④介 ・し ・しょう が 護 等	対象者氏名(続柄)	<input type="checkbox"/> 保護者本人 <input type="checkbox"/> 保護者以外(氏名: 続柄:)	
	疾病及びしょうがい名等	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級・度)
	状況(病院・施設名)	<input type="checkbox"/> 入院() <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通所・通院() 月・週 回	
⑤求 職	求職活動中	<input type="checkbox"/> 活動中である <input type="checkbox"/> 月 日から開始する	活動の頻度 月・週 回程度
	内定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 R 年 月 日より <input type="checkbox"/> 勤務予定 <input type="checkbox"/> 開業予定	
	具体的な内容	内定有の方は記入してください。()	

添付資料(保護者1・2それぞれ該当する書類を添付してください。) ★→市HPからダウンロード可能です。	
① 就労されている方	★就労証明書 (自営の方は、営業許可証、開廃業届、確定申告書などを添付してください)
② 出産前後の方(産前8週間、産後8週間に限る。)	母子手帳の写し(表紙(保護者の名前を記載)及び出産予定日の記載されているページ)
③ 保護者が病気の方	診断書(家庭での保育が困難なことが記載されているもの)
保護者がしょうがいをお持ちの方	しょうがいしゃ手帳または診断書
④ 保護者が介護等している方	★申立書及び介護が必要であることがわかる書類(診断書、手帳等の写し)
⑤ 保護者が求職中の方	提出書類はありません ※添付資料が不要という意味で、認定変更等の手続きは必要です。
⑥ 就学・技能習得等(通信教育は原則不可)	★在学証明書、就学に関する申立書等

※①④⑤⑥に該当するには、週3日かつ週12時間以上の活動を常態していることが前提です。
 ※②に該当する方の認定期間は、出産予定月をはさんで前後2か月、合計5か月となります。
 ※⑤に該当する方の認定期間は2か月間となります。
 ※次年度も保育を必要とする場合には、継続利用のための申請が必要となり、要件書類を添付していただく必要があります。
 ※国立市に転入し新3号認定を希望する場合、当該年度区市町村民税(非課税)証明書を添付していただく必要があります。

※保育を必要とする要件や世帯の状況が変わった場合には、市役所にお届けが必要です。

子育てのための施設等利用給付認定申請書

無・申

記入例

以下の同意事項を了承の上、次のとおり施設等利用に係る認定を申請します。

- 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その他施設における給食費の徴収に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者提供することがあります。
- 施設等利用費は、市が認めた場合は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領することがあります。
- 提出書類に関し、記入漏れや内容について提出書類作成先の担当者に照会することがあります。
- 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、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、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。(別途、施設により標準的な利用料が無償になります。)

認	
カー	
免・バス	
その他	
受付者	

年 月 日

住所	国立市 富士見台2-0-0		
電話番号 (主な連絡先に ☑)	<input type="checkbox"/> 保護者1携帯 080-****-****	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者2携帯 090-xxxx-xxxx	<input type="checkbox"/> 自宅 042-***-xxxx
保護者	申請者	氏名	生年月日
	保護者1	ふりがな <にたち たろう> 国立 たろう	S・H60年7月14日
保護者2	ふりがな <にたち はなこ> 国立 花子	S・H61年7月29日	
申込み児童	氏名	生年月日	個人番号・利用園
	ふりがな <にたち じろう> 国立 次郎	H・R 29年 10月 1日 クラス年齢 満3・年少・年中・年長	個人番号 3 1 2 4 5 6 7 8 9 0 1 2 国立市役所幼稚園 園 施設利用開始日 H・R 3年 4月 日
保護者1・保護者2・申込み児童を除く同居する全ての方を記入してください(世帯分離含む)。	氏名	生年月日	備考
	国立 一子	H24年 8月 20日	
		年 月 日	
		年 月	

以下のいずれかにチェックをしてください。

- 新1号認定を希望する(幼稚園の教育時間のみを利用する)
- 新2号認定を希望する(保護者1・保護者2それぞれが
り保育や認可外保育施設等を利用する。以下及び裏面

(1)幼稚園にお通いの方
お通いの幼稚園の預かり保育の年間実施日数が200日未満または平日8時間未満(教育時間含む)の場合は、上限額の範囲内で預かり保育、認可外、一時保育、病児、ファミサポが利用可能です。
(年間実施日数が200日以上かつ平日8時間以上(教育時間含む)の場合、上限額の範囲内での預かり保育のみが対象となり、認可外保育施設等の利用は補助対象外です)

(2)認可外保育施設等にお通いの方
認可外保育施設等のほか、上限の範囲内で一時保育、病児保育、ファミサポ(預かり)の利用料が対象です。

利用する(予定を含む)サービス(幼稚園の預かり保育、認可外・センター事業等)を記入してください。	ふりがな・施設名	利用するサービスの種類	
	<にたちしやくしやうちえん> 国立市役所幼稚園	幼稚園の預かり保育・認可外 一時保育・病児保育・その他	国立市富士見台0-x-△ TEL: 042-***-xx**
	やほいこえん やほ保育園	幼稚園の預かり保育・認可外 一時保育・病児保育・その他	国立市谷保x-△-☆ TEL: 042-xx*-xxx*

R3年 4月 1日

R3年 4月 1日

幼稚園の預かり保育や認可外保育施設を利用する事由に応じて、
保護者1の状況・保護者2の状況の欄、**両方**をご記入ください

記入例

保護者1の状況				
①就労・②就学	勤務先名・学校名	国立市役所		
	所在地	国立市富士見台2-47-1	電話番号	042-576-2111
	就労(学)期間	H・R 21年 4月 1日から (退職予定がある場合:R 年 月 日まで)		
不存在	<input type="checkbox"/> 該当 → ひとり親家庭状況申告書をご提出ください			
出産	<input checked="" type="checkbox"/> 週3日かつ週12時間以上の活動をしている方が対象です。			
③い・疾・病・④介・護・等・が	対象者氏名(続柄)	<input type="checkbox"/> 保護者本人 <input type="checkbox"/> 保護者以外(氏名: 続柄:)		
	疾病及びしょうがい名等	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級・度)	
⑤求職	状況(病院・施設名)	<input type="checkbox"/> 入院() <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通所・通院() 月・週 回		
	求職活動中	<input type="checkbox"/> 活動中である <input type="checkbox"/> 月 日から開始する	活動の頻度	月・週 回程度
⑤求職	内定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 R 年 月 日より <input type="checkbox"/> 勤務予定 <input type="checkbox"/> 開業予定		
	具体的な内容	内定有の方は記入してください。()		

保護者2の状況				
①就労・②就学	勤務先名・学校名			
	所在地	電話番号		
	就労(学)期間	H・R 年 月 日から (退職予定がある場合:R 年 月 日まで)		
不存在	<input type="checkbox"/> 該当 → ひとり親家庭状況申告書をご提出ください			
出産	出産予定日 : 令和 年 月 日			
③い・疾・病・④介・護・等・が	対象者氏名(続柄)	<input type="checkbox"/> 保護者本人 <input type="checkbox"/> 保護者以外(氏名: 続柄:)		
	疾病及びしょうがい名等	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級・度)	
⑤求職	状況(病院・施設名)	<input type="checkbox"/> 入院() <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通所・通院() 月・週 回		
	求職活動中	<input type="checkbox"/> 活動中である <input checked="" type="checkbox"/> 8月15日から開始する	活動の頻度	月・週 3 回程度
⑤求職	内定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 R 年 月 日より <input type="checkbox"/> 勤務予定 <input type="checkbox"/> 開業予定		
	具体的な内容	内定有の方は記入してください。()		

保護者1・保護者2それぞれの要件書類が必要です。

添付資料(保護者1・2それぞれ該当する書類を添付してください。) ★→市HPからダウンロード可能です。

① 就労されている方	★就労証明書 (自営の方は、営業許可証、開廃業届、確定申告書などを添付してください。)
② 出産前後の方(産前8週間、産後8週間に限る。)	母子手帳の写し(表紙(保護者の名前を記載)及び出産予定日の記載されているページ)
③ 保護者が病気の方	診断書(家庭での保育が困難なことが記載されているもの)
保護者がしょうがいをお持ちの方	しょうがいしゃ手帳または診断書
④ 保護者が介護等している方	★申立書及び介護が必要であることがわかる書類(診断書、手帳等の写し)
⑤ 保護者が求職中の方	提出書類はありません ※添付資料が不要という意味で、認定変更等の手続きは必要です。
⑥ 就学・技能習得等(通信教育は原則不可)	★在学証明書、就学に関する申立書等

※保育を必要とする要件や世帯の状況が変わった場合には、市役所にお届けが必要です。

- ※①④⑤⑥に該当するには、週3日かつ週12時間以上の活動を常態していることが前提です。
- ※⑤に該当する方の認定期間は2か月間となります。
- ※②に該当する方の認定期間は、出産予定月をはさんで前後2か月、合計5か月となります。
- ※次年度も保育を必要とする場合には、継続利用のための申請が必要となり、要件書類を添付していただく必要があります。
- ※国立市に転入し新3号認定を希望する場合、当該年度区市町村民税(非課税)証明書を添付していただく必要があります。