

オモテ面

(第21条関係)

申請者の方へ

この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出して下さい。

嘉手納町長 殿

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第2号・第3号)

申請日
年 月 日

受付印

- 【申請にあたって同意していること】
- 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。

預かり保育申込書記入例

■黒のボールペンまたは黒インクで記入してください。
■消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

の審査及び申請者や同居者がいる場合があります。認められる場合に、施設・保育所等において、特定子ども・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。

印鑑

シャチハタ・スタンプ式印 不可
「保護者氏名」は通知等の宛名で使用します。

電話番号 確認

昼間連絡できるところを記載

以上の内容を記載し、申請書(裏面)に貼付し、認定子ども園・認定こども園・特別支援学校(障害児)・保育事業(企業主導型)・認定子ども園・特別支援学校(障害児)・保育事業(企業主導型)・認定子ども園・特別支援学校(障害児)・保育事業(企業主導型)に提出して下さい。

※1. 預かり保育施設(企業主導型保育事業)を利用する場合は、申請書(裏面)に「企業主導型保育事業」の欄に「企業主導型保育事業」を記載し、教育時間を含み提供する保育施設を含みます。

フリガナ		かでな たろう		申請希望日(施設利用開始日)		年 月 日		
保護者	氏名	嘉手納 太郎	印	申請子どもとの続柄	父	904	— 〇〇〇〇	
	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。				現住所が町外の場合 町内転入後の住所	〒		
	①	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	個人番号 (マイナンバー)	23456789001		
①	090-0000-0000	②	090-0000-0000	生年月日	S62年4月8日			
子ども申請	フリガナ	かでな はなこ		現住所	〒		個人番号(マイナンバー)	
	氏名	嘉手納 花子		申請者と異なる場合のみ記載			12345678900	
生年月日				H28年 10月 10日(R5. 4. 1時点: 3 歳)				
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 出産	<input type="checkbox"/> 疾病 障害等	<input type="checkbox"/> 介護 看護	<input type="checkbox"/> 災害 復旧	<input type="checkbox"/> 求職 活動等	<input type="checkbox"/> 就学
(子から見た続柄) 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"/> 災害 復旧	<input checked="" type="checkbox"/> 求職 活動等	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他()

R3. 4. 1時点の年齢が「0歳～2歳」の場合、下記の記入をお願いします。

年()年)1月1日	(母親)	記入 不要
現在の住所 ※2		
年()年)1月1日	(母親)	□ 現住所と同じ
現在の住所 ※3		
現住所と異なる場合、記入した住所地に対し、嘉手納町がマイナンバーを用いた情報連携(照会)を行うことについて		<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません

※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(令和2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、上記の R3. 4. 1時点の年齢が「0歳～2歳」の場合、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に○を付けて下さい)	フリガナ	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	かでな たろう 嘉手納 太郎	父	個人番号: 23456789001 昭和 62年 4月 8日	株式会社〇〇
2	かでな ちょうこ 嘉手納 町子	母	個人番号: 34567890012 昭和 62年 6月 1日	〇〇スーパー	<input type="checkbox"/> 有
3	かでな はなこ 嘉手納 花子	本人	個人番号: 34567890012 平成 28年 10月 10日	〇〇幼稚園	<input type="checkbox"/> 有
4	かでな そう 嘉手納 そう	兄	個人番号: 45678900123 平成 23年 11月 20日	〇〇小学校	<input type="checkbox"/> 有
5	かでな かんた 嘉手納 かんた	弟	個人番号: 56789001234 令和 1年 5月 7日	なし	<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号:		<input type="checkbox"/> 有
7					<input type="checkbox"/> 有

マイナンバー記載 世帯全員の記載が必要です。

〈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	〇〇 ようちえん	所在地	〒 904 — 〇〇〇 嘉手納町字〇〇 1111番地	TEL	
施設名	〇〇 幼稚園	利用開始予定日	年 月 日		

ウラ面

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

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	利用する幼稚園名等を記入してください。			
嘉手納幼稚園	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 904 — 0203 嘉手納町字嘉手納312番地 TEL: 098-956-4039	年	月	日
屋良幼稚園	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 904 — 0202 嘉手納町屋良1丁目31番地1 TEL: 098-956-4140	年	月	日
			年	月	日
		TEL: — —	年	月	日

記入 不要

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 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: ()	
	通勤手段・時間	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他()	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他()
	前年1月1日以降の転職	通勤時間	約	通勤時間	約
		該当する箇所へ☑ 又は記入してください。			
		① 就労先名: から		② 就労先名: 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			(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
介護・看護	被介護者名(傷病・障害名)	(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	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。
	就学の目的	通学時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通学時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)
	期間	<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()	
	卒業後の予定	年 月 日まで		年 月 日まで	
その他	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労			(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労	
	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) ※「◆」は指定様式です。必要な方は町HPまたは子ども家庭課窓口にて提供しております。

1 居宅外で就労されている方(予定を含む)	◆勤務証明書(月64時間以上の勤務であること)
2 保護者が学校に在学中の方	◆業務許可証の写しなど
3 保護者が病気の方	◆診断書
4 保護者が障害をお持ちの方	◆障害者手帳、療育手帳、精神障
5 保護者が同居親族の看護・介護にあっている方	◆交付を受けていない方...◆診断書
6 出産前後の方 ※産前3ヵ月、産後4ヵ月	◆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(起業準備含む) ※原則2ヶ月	◆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)
8 認可外保育施設の利用を希望される方	◆求職申立書(ハローワークカードがある場合は添付)
	◆保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書

添付書類 保護者それぞれ必要です。

嘉手納町記載欄

認定種別	<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後の3月31日を経過している(第2号)	<input type="checkbox"/> 町民税非課税に該当
	<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後の3月31日までの間にある(第3号)	