

施設等利用給付認定現況届
(法第30条の4第2号・第3号)

引き続き保育の必要性がある人

(宛先) 岩倉市長

令和〇年〇月〇日

記入例
(認可外保育施設等)

申請者や同居親族の住民基本台帳を求めたりすることがあります

- 【届出にあたって同意していただくこと】
- 施設等利用給付認定の審査、主食費や市町村民税課税状況を確認します。
 - 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・事業者へ提供することがあります。
 - 子ども・子育て支援法第30条の1第3項の規定に基づき、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。
 - 届出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。

以上のことに同意し、保護者の就労、疾病その他の事由により、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(※1))、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引き続き希望するので、子ども・子育て支援法第30条の7の規定に基づき、次のとおり現況届を提出します。

※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。

保護者	フリガナ	イワクラ ハナコ	申請子どもとの続柄	母	現住所	〒 482 - 0022 岩倉市栄町〇丁目〇番地〇〇マンション〇号
	氏名	岩倉 花子				
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。						
	①	090-0000-0000 父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	②	080-△△△△-△△△△ 父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	生年月日	平成〇年 12月 1日
子ども対象	フリガナ	イワクラ サクラ	現住所 申請者と異なる場合のみ記載	〒	-	生年月日 令和〇年 7月 19日
現在2号認定(3~4歳児)の場合						
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 対象子どもは、現況届時点で満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"/> 対象子どもは、現況届時点で満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)					<input type="checkbox"/> 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。 現在3号認定(0~2歳児かつ市民税非課税世帯のみ)の場合 (子から見た続柄) 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母・その他() <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他() (子から見た続柄) 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母・その他() <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他()					

同居者を全員記入して下さい。保護者については、単身赴任で岩倉市に住民票が無い場合でも記入してください。

申請子ども及び同居者	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	イワクラ タロウ 岩倉 太郎	父	大正 昭和 平成 令和 〇 年 12 月 1 日	〇〇株式会社 (東京都に単身赴任)	<input type="checkbox"/> 有
2	イワクラ ハナコ 岩倉 花子	母	大正 昭和 平成 令和 〇 年 8 月 22 日	〇〇病院	<input type="checkbox"/> 有
3	イワクラ イチロウ 岩倉 一郎	兄	大正 昭和 平成 令和 〇 年 6 月 3 日	〇〇小学校	<input type="checkbox"/> 有
4	イワクラ ハナエ 岩倉 花枝	祖母	大正 昭和 平成 令和 〇 年 5 月 10 日	無職	<input checked="" type="checkbox"/> 有
5			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

<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 (市外の場合のみ記入)	
岩倉市内に所在する施設、岩倉市が提供するサービスの場、所在地・電話番号は記入不要			

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 (市外の場合のみ記入)	
エービーシーホイクシツ ABC保育室	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 〇〇市△△丁目□番地 TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
いわくらしふみりーさぼーどせんたー 岩倉市ファミリー・サポート・センター	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒	TEL: - -
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒	TEL: - -
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒	TEL: - -

保育の必要性の事由に応じて記入して下さい。

		母親の状況	父親の状況
就 労	☑ 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: ()
	<input type="checkbox"/> 無		
妊 娠・ 出 産			
疾 病・ 障 害	(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 (申請子どもとの続柄:)	(申請子どもとの続柄:)	
	傷病・障害名		
受 診 等 の 状 況	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回)	<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"/> 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	活動の内容:	活動の内容:	
就 学	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 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	

添付書類が不足していないかチェックしてください。

- ① 申請書は裏表両面が記入されていますか。
 ② 保育の必要性の事由の証明書類はありますか。



・別紙「保育の必要性の認定事由と証明書類について」を参照し、父母それぞれの必要な書類を添付してください。