

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)

保育の必要性がある人

令和〇年〇月〇日

(宛先) 岩倉市長

記入例
(認可外保育施設等)

同居親族の住民基本台帳や市町村
たりすることがあります。

- 【申請にあたって同意していただく事項】
- 施設等利用給付認定の審査及び副食
村民税課税状況を確認したり、官公
 - 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・事業者を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。
 - 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
新規利用開始の場合・・・利用開始日
既に施設を利用している、他市町村から岩倉市へ転入の場合・・・転入日
既に施設を利用していたが、新たに認定の要件を満たす場合・・・要件を満たす月の初日
※認定希望日を過ぎてから申請された場合は、申請の翌月からの認定となることがあります。

以上のことに同意
る(※1)、認可外保
子ども・子育て支
援

※1. 預かり保育事業
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。

（企業主導型保育事業）の利
育事業も利用す
を希望するので、
は②年間開所日数

認定希望日（施設利用開始日）

令和4年4月1日

保護者	フリガナ	イワクラ タロウ	申請 子ども との続柄	父	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	生年月日	昭和62年 12月 1日
	氏名	岩倉 太郎		現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒	個人番号 (マイナンバー)		0000-0000-0000
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。								個人番号 (マイナンバー)
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()	△△△△-△△△△-△△△△		
子 由	フリガナ	イワクラ サクラ	現住所	〒	—	個人番号(マイナンバー)	△△△△-△△△△-△△△△	
2号認定(3~5歳児)の場合		岩倉 さくら	申請者と異なる 場合のみ記載	生年月日	平成 30年 7月 19日			
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時時点で満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	
保育の 必要性の 事由	該当する□にレ点を付けて下さい。 (子から見た続柄) 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他() (母から見た続柄) 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> その他()		3号認定(0~2歳児かつ市民税非課税世帯のみ)の場合 <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 出産 <input type="checkbox"/> 育児 介護 <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()					

認定希望日の 当年1月1日現在の住所	(母親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	東京都〇〇区〇〇△丁目〇番△号〇〇アパート△号室 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の 前年1月1日現在の住所	(母親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ

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 の保 護者 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
			個人番号	大正 昭和 令和 平成 昭和 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
1	イワクラ タロウ 岩倉 太郎	父	0000-0000-0000	62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	0000-0000-0000	63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	0000-0000-0000	24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	0000-0000-0000	30年 5月 10日	無職	<input checked="" type="checkbox"/> 有
5				年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6				年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7				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		所在地 (市外の場合のみ記入)	〒	TEL	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合、所在地・電話番号は記入不要
施設名		利用開始(予定)日		年	

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)	利用開始(予定)日
イーピーシーホイクシツ 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	令和4年4月1日
いわくらしふみりーさぼーとせんたー 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: - -	令和4年4月1日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日

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	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 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。	通勤手段 徒歩・自転車・バス・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 30 分 (往復時間を記入して下さい。)	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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: から ② 就労期間: から ③ 就労先名: から ④ 就労期間: から	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: から ② 就労期間: から ③ 就労先名: から ④ 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	(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	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。)	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。

- ③ 保護者欄に記載された人のマイナンバー確認書類はありますか。

- ・1点でよいもの 顔写真付きのマイナンバーカードの写し
 ・2点必要なもの (1)マイナンバーが記載された住民票の写しまたはマイナンバー通知カードの写し
 (2)顔写真付きの身分証明書(運転免許証等)の写し