

令和 年 月 日

### 令和8年度 子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書(現況届)

北中城村長 殿

【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られることがあります。
- 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。

以上のことに同意し、保護者の就労、疾病その他の理由により、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希望するので、子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づき、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請  
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。

		認定希望日（施設利用開始日）		R	年	月	日	
保 護 者	フリガナ		申請 子ども との続柄	居住地	〒 - 北中城村字			
	氏名			生年月日	S・H	年	月	日
	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	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（ ）				
子 ど も 申 請	フリガナ		現住所	〒 -				
	氏名		申請者と異なる 場合のみ記載					
			生年月日	R	年	月	日	
認 定 種 別	<input checked="" 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)							
保 育 を 理 由 要 と す	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 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 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	(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 type="checkbox"/> 求職 活動等	<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）

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	〒 -	TEL	-	-
施設名		利用開始予定日	R	年	月	日

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	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

<裏面も記入してください。>

同居者を全員記入して下さい。

(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		父・母 祖父母 ( )	S H R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	2		父・母 祖父母 ( )	S H R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	3		申請児童 (本人)	S H R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	4		兄・姉 弟・妹 ( )	S H R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	5		兄・姉 弟・妹 ( )	S H R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	6		兄・姉 弟・妹 ( )	S H R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	7		兄・姉 弟・妹 ( )	S H R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	8		兄・姉 弟・妹 ( )	S H R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

※市町村記入欄

R 年 月 日 ( ) 架電 ・ 受電 ・ 窓口 ・ その他 :
R 年 月 日 ( ) 架電 ・ 受電 ・ 窓口 ・ その他 :
R 年 月 日 ( ) 架電 ・ 受電 ・ 窓口 ・ その他 :
R 年 月 日 ( ) 架電 ・ 受電 ・ 窓口 ・ その他 :