

この書類は「無償化制度による預かり保育」の利用を希望される方のみ、提出いただく書類です。

記 載 例（表面）

年 月 日

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)

海南市長

【申請にあ

1. 子どもの

状況の

2. 申請書

ります。

3. 子ども

合があ

4. 新年度

5. 申請内容

6. 認定希望

きません。

ご提出いただく本書類や添付書類には、個人情報に記載いただく必要があり

ます。幼稚園に提出する際は、必ず封筒に入れて封をしていただき、封筒に氏名を記入した上で提出するようにしてください。

村民税課税

ることがあ

給される場

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	カイン マスオ	申請 子ども との続柄	父	居住地	〒 649 - 0121 海南市下津町丸田217-1	
	氏名	海南 マスオ			居住地が市外の場合 市内転入後の住所	〒	
	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。					生年月日	昭和63年 4月 1日
	①	090-1111-1111	父携帯 父勤務先 自宅・その他()	母携帯 母勤務先 自宅・その他()	②	090-2222-2222	父携帯 父勤務先 自宅・その他()
子ども申請	フリガナ	カイン タラオ	現住所 保護者と異なる 場合のみ記載	〒	-		個人番号 (マイナンバー)
	氏名	海南 タラオ	生年月日	令和 5年 1月 1日		個人番号(マイナンバー)	
認定種別	☒ 申請子どもは、認定希望日時時点で満3歳に達する日以降 ☐ 申請子どもは、認定希望日時時点で満3歳に達する日以降						
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。 ※添付資料が必要です。(詳細は、別紙「保育の必要原則」を参照してください。 ※原則、父・母を記載してください。						
	(子どもから見た続柄)	父	母	その他()	☒ 就労	☐ 妊娠 出産	☐ 疾病 障害等
	(子どもから見た続柄)	父	母	その他()	☐ 就労	☒ 妊娠 出産	☐ 疾病 障害等
本年1月1日現在の住所 ※2 (上記と異なる場合のみ)	(母親)	☐ 現住所と同じ					
前年1月1日現在の住所 ※3	(母親)	☐ 現住所と同じ					
	(父親)	☐ 現住所と同じ					

別添資料「保育の必要性」の認定を受ける基準をご確認いただき、区分ごとに、別添資料右枠にある必要書類を添付してください。

必要書類の様式は、各幼稚園に置いてありますので、ご自身に必要な様式について、園で取得してください。

この記載例の場合は

父：「就職証明書」が必要

母：「母子手帳の写し」が必要

それ以外の方は、保育の無償化の開始にあたり、
提出いただく書類はありません。

記 載 例（裏面）

同居者を全員記入して下さい。

ひとり親世帯等の有無		非該当		該当（□ひとり親世帯 □在宅障害児（者）のいる世帯）	
生活保護受給の有無		非該当		該当	
（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
	1 カイナン マスオ 海南 マスオ	父	個人番号	63 年 4 月 1 日	〇〇商事
	2 カイナン サザエ 海南 サザエ	母	個人番号	2 年 4 月 1 日	
	3 シモツ ナミヘイ 下津 波平	祖父	個人番号	30 年 4 月 1 日	農業
	4 シモツ フネ 下津 フネ	祖母	個人番号	28 年 4 月 1 日	農業
	5		個人番号		
	6		個人番号		
7		個人番号			

同居する方全員について、記載してください。

父・母以外の同居人については、就労等の条件を求めませんが、幼稚園の預かり保育の定員が超過する場合に、同居人の就労等の状況を参考にさせていただくことがあります。

在園する幼稚園名を記入して下さい。

フリガナ	マルマルヨウチエン	所在地	
施設名	〇〇幼稚園	利用開始（予定）日	令和 8 年 4 月 1 日

預かり保育の利用開始（予定）日をご記入ください。

在園する幼稚園以外で、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（ファミサポ）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	〒	年 月 日
認可外保育施設や、福祉センター内にある「ファミリーサポートセンター」（子育て援助活動）を利用する場合、こちらに記入いただくことになります。 これらの施設の利用料も上限額の範囲内で無償化の対象となりますが、利用される方（予定を含む）は、まず下記までご連絡ください。			月 日
			月 日
			月 日
			月 日
海南市教育委員会総務課 TEL 073-492-3347			
TEL: - -			