

新1号記入例

令和 年 月 日

提出する日を記入してください。

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1号・第2号・第3号)
兼 副食費の施設による徴収に係る補足給付費交付申請書

「保育の必要性がない」場合は、こちらをご参照ください。
(就労等の理由で預かり保育を利用しない場合)

1

認定区分	ア	法第30条の4 第1号認定	下記イ・ウ以外の子ども	※表面2、3、4をご記入ください。
	イ	法第30条の4 第2号認定	「保育の必要性がある」3歳児以上の子ども	※保育の必要性を確認するため、表・裏の両面をご記入ください。(4、5は該当がない場合は記入不要)
	ウ	法第30条の4 第3号認定	「保育の必要性がある」0～2歳の子ども	※保育の必要性を確認するため、表・裏の両面をご記入ください。(4、5は該当がない場合は記入不要)
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)			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□にレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当

認定日は市で記入します。記入せずにご提出ください。

2 申請者

		認定日		令和6年4月1日	
保護者	フリガナ	サイジョウ タロウ		現住所	〒793-8601 西条市明屋敷164
	氏名	西条 太郎		現住所が市外の場合 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ください。				
①		090-12**-****	父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他()	②	080-34**-****
子ども	フリガナ	サイジョウ イチロウ		現住所	〒-
	氏名	西条 市郎		申請者と異なる場合のみ記載 生年月日	令和2年4月10日 (3歳)
認定希望日の前年1月1日現在の住所	(父)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ		(母)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の当年1月1日現在の住所	(父)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ		(母)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ

注 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当年(前年)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)を添付してください。

3 申請子どもを

令和6年1月1日時点(9月以降入園の場合は令和7年1月1日時点)で西条市に住民登録がない方で、マイナンバー(個人番号)が確認できる場合は、所得課税証明書の提出が省略できます。

(生計の中心者としての保護者及び同居者)	①	サイジョウ タロウ 西条 太郎	父	個人番号 1111****789	株〇〇〇〇〇〇
	2	サイジョウ ハナコ 西条 花子	母	個人番号 1111****123	△△△△△△株
	3	サイジョウ サクラ 西条 桜	姉	個人番号 1111****456	★★★★大学 4年
	4	サイジョウ シロウ 西条 次郎	兄	個人番号 1111****890	□□□□小学校 3年
	5	サイジョウ アキオ 西条 秋男	祖父	個人番号 1111****012	無職
	6	サイジョウ イチコ 西条 市子	祖母	個人番号 1111****345	無職

4 利用施設(幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(子ども)場合は記入)

フリガナ	◇◇◇ヨウチエン	入園日を記入して下さい。	**12 伍 0897 (56) 51**
施設名	◆◆◆幼稚園	利用開始予定日	年 月 日

<必ず裏面も記入してください>

5 利用施設（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)場合に記入）

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
	一時預かり 子育て援助活動	〒 - -	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

記入不要

6 保育を必要とする理由

保育を必要とする事由	父		母			
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 求職中	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 求職中	※該当する下欄も記入してください。	
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"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> その他: ()	<input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 協力者	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 →	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> その他: ()	<input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 協力者
	<input type="checkbox"/> 内職			<input type="checkbox"/> 内職		
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	(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 <input type="checkbox"/> 通所・通学 (週 回)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通所 (週 回)	<input type="checkbox"/> 入院 (月・週 回)	<input type="checkbox"/> 通所 (月・週 回)	<input type="checkbox"/> 施設名 ()	
	施設名 ()	施設名 ()	施設名 ()	施設名 ()	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	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 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日、1日	時間就労	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日、1日	時間就労
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			

記入不要

添付書類（以下の中から該当する書類を添付してください）

会社等に常勤・パート等で勤務	就労証明書（内定者含む）※事業所の担当者記入のもの
1 自営業・自営手伝い（農業・漁業含む）	就労証明書（自営中心者記入のもの）・以下の書類 自営中心者：①～④いずれかのコピー ①確定申告書 ②開業届 ③営業許可証 ④売り上げや収支が分かる書類 自営手伝い：(ア)～(エ)いずれかのコピー (ア) 確定申告書（中心者の屋号・氏名が確認できるページおよび専従者に関する事項が確認できるページ） (イ) 青色事業専従者給与に関する届出・変更届出書 (ウ) 協力者の源泉徴収票 (エ) 給与明細（代表者が証明するもの）直近3カ月分
内職	就労証明書・タイムスケジュール・支給明細書等
2 妊娠・出産（出産予定日の月の前後各2カ月）	母子健康手帳のコピー（表紙と出産予定日が確認できるページ）
3 保護者の病気・障害等	診断書（療養期間および家庭保育が困難な旨が記載されているもの）または身体障害者手帳等のコピー
4 病人（親族）の介護・看護等	介護（看護）申立書・介護対象者の診断書または状況がわかるもの（手帳等のコピー）・タイムスケジュール
5 災害復旧	罹災証明書
6 求職活動（最大3カ月間） ※起業準備期間含む	求職申立書・ハローワークの登録証等のコピー
8 就学（就学期間終了月まで）	就学申立書・学生証のコピーまたは在学証明書・カリキュラムタイムスケジュール（通学時間を含むもの）
9 育児休業 ※預かり保育の継続利用が必要と認定されている方（下の子が満1歳になる日（誕生日の前日）までの期間内で育休を取得する場合）	就労証明書 ※育児期間欄の記載があるもの

不要

7 税情報等の提供にあたっての署名欄

「西条市実費徴収に係る補足給付費交付」に係る住所要件、課税額、世帯情報の閲覧及び施設の利用に係る実費徴収の補足給付費の請求に関する権限を利用する施設に委任することに同意します。

押印必須（スタンプ不可）

保護者氏名 **西条 太郎** 