子育てのための施設等利用給付　認定・変更申請書

《令和9年度版》

（あて先）那珂川市長

（誓約）幼児教育・保育無償化利用案内の内容を十分に理解し、次の事項について誓約、同意の上、支給認定の申請をします。

① 市が施設等利用給付認定や補足給付の審査に必要な市町村民税の情報（同居者を含む）、世帯情報及び特定個人情報を閲覧すること。
② 申請書等に記載した内容を市が必要と認めた場合、施設・事業者に提供すること。
③ 施設等利用給付認定に係る給付（補足給付含む）を、認定を受けた保護者に代わり、那珂川市に施設が請求し、受領する場合があること。
④ 新年度４月利用開始の認定通知の発行を、申請日に関わらず、利用開始の前日まで保留する場合があること。
なお、虚偽の届出をした場合や必要書類を提出しない場合、本申請書が無効となり、給付認定の対象外となることについて異議は申し立てません。

申込日	令和　年　月　日	認定開始(変更)希望日	令和　年　月　日		
保護者 フリガナ		申請子どもとの続柄		申請内容	新規 □　変更 □ □第1号→第2,3号 □第2,3号→第1号
保護者 氏名					
保護者 生年月日	昭和・平成　年　月　日	日中の連絡先	①　－　－ 父携帯・母携帯・勤務先・自宅・その他（　）	②　－　－ 父携帯・母携帯・勤務先・自宅・その他（　）	
保護者 保護者住所	〒　－			個人番号(マイナンバー)注	
令和9年1月1日時点の住民票所在市区町村	□現住所地と同じ	令和8年1月1日時点の住民票所在市区町村	□現住所地と同じ		

※1月1日の住所地が那珂川市と異なる場合、市町村民税所得割額がわかる証明書（課税証明書など）の提出を求めることがあります。

申請する子ども フリガナ		現住所 申請者と異なる場合のみ記載	〒　－
申請する子ども 氏名		個人番号(マイナンバー)注	
申請する子ども 生年月日	令和　年　月　日（クラス年齢：　歳児）		

希望する認定種別		
□	第１号	満３歳以上で、保育の必要なし　※第２・３号認定が却下されたときに、併せて第１号認定を希望する場合は、どちらにもチェックしてください。
□	第２号	年少以上（満３歳に達する日以降の最初の３月３１日を経過）、かつ、保育の必要あり
□	第３号	年少未満（満３歳に達する日以降の最初の３月３１日より前）、保育の必要あり、かつ、**市町村民税非課税世帯**

注）那珂川市内に住民票がある方は個人番号の記載を省略できます。

【利用する施設（予定含む）】

	施設名	所在地	利用開始（予定）日
幼稚園 認定こども園 特別支援学校等		〒　－ TEL:　－　－	令和　年　月　日

	施設名	サービスの種類	所在地	利用開始（予定）日
届出保育施設 一時預かり 病児保育 子育て援助活動		届出 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒　－ TEL:　－　－	令和　年　月　日
		届出 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒　－ TEL:　－　－	令和　年　月　日
		届出 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒　－ TEL:　－　－	令和　年　月　日
		届出 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒　－ TEL:　－　－	令和　年　月　日

【私立幼稚園「新制度未移行幼稚園」に入園の方】

次に該当する子どもは、副食費（給食のおかず部分の費用）の一部を支給します（補足給付）

・年収360万円未満相当（市町村民税所得割77,101円未満）の世帯のすべての子ども
・同一世帯の小学校第3学年修了前の子どもを第1子とする第3子以降の子ども

補足給付の申請の有無

□　申請する

上記の内容に該当する世帯で補足給付を申請する場合は、右の□にチェックを入れてください。

※チェックが無い場合は補足給付対象であっても申請がないものとみなします。

○第１号認定（幼稚園機能部分のみ、預かり保育なし）の方はここまで

○第2号、第3号認定（保育が必要）の方は裏面も記入してください。

※下記の場合は、**保育の必要性を証明する書類**の提出は必要ありません。（ただし、記載内容に変更のない場合）
・きょうだい児が認可保育施設に通っているまたは本人が認可保育施設の入所申請をしている。
・きょうだい児が学童保育所に通っている。
必ず裏面の「通学・通園先」の欄に施設名を記入してください。
（「**保育の必要性を証明する書類**」とは、就労証明書、誓約書兼就職活動誓約書などを指します）

子育てのための施設等利用給付　認定・変更申請書（裏面）

同居者を全員記入してください。（単身赴任者も含む）

申請する子どもの保護者及び同居者（生計の中心者の番号に○を付けてください）		氏名	申請する子どもとの続柄	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			個人番号※ 大正 昭和 平成 令和　年　月　日		□有
	2			個人番号※ 大正 昭和 平成 令和　年　月　日		□有
	3			個人番号※ 大正 昭和 平成 令和　年　月　日		□有
	4			個人番号※ 大正 昭和 平成 令和　年　月　日		□有
	5			個人番号※ 大正 昭和 平成 令和　年　月　日		□有
	6			個人番号※ 大正 昭和 平成 令和　年　月　日		□有

※那珂川市内に住民票がある方は個人番号の記載を省略できます。

保育を必要とする理由に応じて記入してください。

区分	**父親**の状況	**母親**の状況
□ **就 労** ➡ **必要書類**	【雇用されている人、雇用予定・復職予定の人】就労証明書 【自営業・会社代表者の人】就労証明書及び添付資料　※幼児教育・保育無償化利用案内の２ページをご参照ください。 【求職中の人】誓約書兼就職活動報告書	
就労種別	□ 被雇用者（予定を含む） □ 自営　□ 育児休業復帰（復帰予定日　月　日） □ 求職活動中　□ その他：（　）	□ 被雇用者（予定を含む） □ 自営　□ 育児休業復帰（復帰予定日　月　日） □ 求職活動中　□ その他：（　）
□ **産前・産後** **必要書類**	母子手帳等の写し（「氏名」及び「出産予定日」が記載されたページが必要）	
		出産（予定）日：令和　年　月　日 出産後の予定：□ 就労予定なし　□ 育児休業取得予定
□ **育児休業中**（育児休業期間以前より利用している人） ➡ **必要書類**		
	□ 育児休業期間証明証・子育て支援施設等継続利用に係る申立書	□ 育児休業期間証明証・子育て支援施設等継続利用に係る申立書
□ **疾病・障がい** ➡ **必要書類**	診断書（家庭保育ができない理由や期間の記載が必要） 障害者手帳等の交付を受けている場合は手帳の写し（氏名と等級、認定期間のわわかる箇所）	
疾病・障がい名		
入院・通院先		
状況	□ 入院中　□ 自宅療養 □ 通院（月平均　日、週平均　日） （期間：　年　月　日～　年　月　日）	□ 入院中　□ 自宅療養 □ 通院（月平均　日、週平均　日） （期間：　年　月　日～　年　月　日）
手帳の交付	□ 身体障害者手帳（　）級 □ 精神保健福祉手帳（　）級 □ 療育手帳　A1・A2・A3・B1・B2	□ 身体障害者手帳（　）級 □ 精神保健福祉手帳（　）級 □ 療育手帳　A1・A2・A3・B1・B2
□ **就 学** ➡ **必要書類**	学生証、在学証明書、受講決定通知書　いずれかの写し 及びカリキュラム、時間割がわかるもの	
学校名		
就学日数	月・火・水・木・金・土・日　1ヶ月あたり（　）日	月・火・水・木・金・土・日　1ヶ月あたり（　）日
就学時間	時　分 ～　時　分まで（1日あたり　時間　分）	時　分 ～　時　分まで（1日あたり　時間　分）
期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日	令和　年　月　日～令和　年　月　日
□ **介護・看護** ➡ **必要書類**	対象の親族の診断書または障害者手帳等の写し（氏名と等級、認定期間のわかる箇所）	
介護・看護の対象者	氏名　申請子どもとの続柄	氏名　申請子どもとの続柄
傷病・障害名		
病院又は施設名		
介護内容		
介護時間	月平均（　）日・週平均（　）日 1日の平均介護時間（　）時間（　）分	月平均（　）日・週平均（　）日 1日の平均介護時間（　）時間（　）分
□ **その他** ➡ **必要書類**	事前にご相談ください。	
	保育を行うことが困難と認められる理由	保育を行うことが困難と認められる理由