

申請者の方へ ・この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出して下さい。
・この申請書のデータは中野市公式ホームページ（「幼児教育・保育の無償化」ページ内）で公開していますので、ご活用ください。

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2号・第3号) 及び 副食費の施設による徴収に係る補足給付費交付申請書(代理受領用)

【申請にあたって同意していただく事項】

- 1 決定にあたり必要な範囲内で、申請者の税務情報等の公簿、通園先が有する学齢簿、徴収簿等を利用すること。
- 2 申請内容や同意して得た情報を補助金受給資格審査、補助金額の算定、その他の附帯業務等に提供すること。
- 3 申請書等に記載した事項について、必要と認められる場合に、幼稚園に提供すること。
- 4 副食費の施設による徴収に係る補足給付費の受領に関する権限を、申請者が利用する幼稚園に委任すること。
- 5 施設等利用費は、申請者に代わり幼稚園が受領することがあること。
- 6 新年度4月利用開始の場合は、審査等に日時を要するため、利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期することがあること。
- 7 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場合があること。
- 8 認定希望日現在で、企業主導型保育事業の利用がある場合、本認定の申請ができないこと。

記入例・幼稚園
(中央幼稚園)

以上のことに同意し、次のとおり申請します。

(宛先) 中野市長

		申請日	令和 4 年 1 月 30 日			
(保護者) 申請者	フリガナ	ナカノ ダイスケ	〒 383 - 0013			
	氏名	中野 大介	中野市大字中野●●●●			
	住所	父	生年月日 昭和 62 年 12 月 12 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ください。	個人番号(マイナンバー)	●●●●●●●●●●●●●●●●			
①	080-1234-●●●●	母携帯	②	090-9876-●●●●	父携帯	●●●●●●●●●●●●●●●●
子ども 申請	フリガナ	ナカノ カズキ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	平成 30 年 5 月 5 日
	氏名	中野 一貴	個人番号(マイナンバー)	●●●●●●●●●●●●●●●●	申請子どもの出生順位 <input type="checkbox"/> 第1子 <input checked="" type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降	
	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、レ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当
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	
認定を希望する期間		令和 4 年 4 月 1 日	から	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前	<input type="checkbox"/> 年 月 日	まで

申請子どもを除く同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	フリガナ	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	ナカノ ダイスケ 中野 大介	父	個人番号 昭和 62 年 12 月 12 日	(株) ●●
2	ナカノ ミエ 中野 美恵	母	個人番号 昭和 63 年 7 月 7 日	(有) ●●	<input type="checkbox"/> 有
3	ナカノ リン 中野 凜	姉	個人番号 平成 25 年 4 月 4 日	●●小学校	<input type="checkbox"/> 有
4	ナカノ ヒナ 中野 陽菜	妹	個人番号 令和 2 年 2 月 2 日	●●保育園	<input type="checkbox"/> 有
5	ナカノ ダイサク 中野 大作	祖父	個人番号 昭和 28 年 1 月 1 日	農業	<input type="checkbox"/> 有
6	ナカノ トシエ 中野 としえ	祖母	個人番号 昭和 32 年 6 月 6 日		<input type="checkbox"/> 有
7			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

利用(予定含む)する幼稚園(子どものための教育・保育給付の対象ではない私立幼稚園等)又は特別支援学校幼稚部を記入してください。

フリガナ	ナカノチュウオウヨウチエン	所在地	〒 383 - 0022 電話番号 0269-22-3686
施設名	中野中央幼稚園		中野市中央四丁目2番5号
		利用開始予定日	令和 4 年 4 月 1 日

<必ず裏面も記入して下さい>

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
		〒 - TEL:	

保育を必要とする理由を記入して下さい。

保育を必要とする理由	子から見た続柄	母	<input type="checkbox"/> 就労	<input checked="" 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	<input checked="" 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 ()

保育を必要とする理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	居宅外労働 自営 ⇒ [自宅 中心者] [自宅以外 協力者] 内職 その他: ()	居宅外労働 自営 ⇒ [自宅 中心者] [自宅以外 協力者] 内職 その他: ()		
	通勤手段・時間	通勤手段 ① ② ③ ※複数ある場合は、主な手段を3つまで選択して下さい。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通勤手段 ① 自動車 ② 自転車 ③ ※複数ある場合は、主な手段を3つまで選択して下さい。 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	無 有 ⇒ ① 就労先名: から 就労期間: から ② 就労先名: から 就労期間: から	無 有 ⇒ ① 就労先名: ●●●● 就労期間: 平成26年4月1日 から 令和3年7月30日 ② 就労先名: から 就労期間: から		
	妊娠・出産(申請時点)	無 有 ⇒ (予定日) 令和 4 年 5 月 20 日			
疾病・障害等	(疾病・障害名) (手帳交付) 有 無	(疾病・障害名) (手帳交付) 有 無			
介護・看護	被介護者名 傷病・障害名	(申請子どもとの続柄:)	(申請子どもとの続柄:)		
	受診等の状況	入院中 通院(月 回) (週 回) 施設名 ()	入院中 通院(月 回) (週 回) 施設名 ()		
就学	通学手段・時間	通学手段 ① ② ③ ※複数ある場合は、主な手段を3つまで選択して下さい。 通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通学手段 ① ② ③ ※複数ある場合は、主な手段を3つまで選択して下さい。 通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)		
	就学の目的	卒業後就労するため その他()	卒業後就労するため 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) 週 日、1日 時間就労	(就労日数・時間) 週 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				

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

1 居宅外で就労されている場合 (予定を含む) 自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合	就労証明書(就労内定の場合はその証明を受けて下さい) 就労証明書、源泉徴収票又は事業主の確定申告書(第一表、第二表)の写し
2 出産前後(妊娠中、出産後8週の月末に限る)	母子健康手帳の写し(氏名と出産予定日が記載されているページ)
3 保護者に病気、負傷、心身の障害等がある場合	障害者手帳の写し、医師の診断書
4 保護者が同居または長期入院等している親族を介護している場合	
5 災害等の復旧により、保育ができない場合	
6 保護者が求職中の場合	求職に関する申立書
7 保護者が大学や専門学校、職業訓練校などに通っている場合	通学または在籍証明書
8 認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書

申請者の方へ ・この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出して下さい。
・この申請書のデータは中野市公式ホームページ（「幼児教育・保育の無償化」ページ内）で公開していますので、ご活用ください。

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2号・第3号) 及び 副食費の施設による徴収に係る補足給付費交付申請書(代理受領用)

【申請にあたって同意していただく事項】

- 1 決定にあたり必要な範囲内で、申請者の税務情報等の公簿、通園先が有する学齢簿、徴収
- 2 申請内容や同意して得た情報を補助金受給資格審査、補助金額の算定、その他の附帯業務
- 3 申請書等に記載した事項について、必要と認められる場合に、幼稚園に提供すること。
- 4 副食費の施設による徴収に係る補足給付費の受領に関する権限を、申請者が利用する幼稚園
- 5 施設等利用費は、申請者に代わり幼稚園が受領することがあること。
- 6 新年度4月利用開始の場合は、審査等に日時を要するため、利用開始の前日まで審査結果
- 7 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場合があること。
- 8 認定希望日現在で、企業主導型保育事業の利用がある場合、本認定の申請ができないこと。

記入例・認可外

(里山ようちえん
おやまのおうち)

以上のことに同意し、次のとおり申請します。

(宛先) 中野市長

		申請日		令和 4 年 1 月 30 日			
(保護者)	フリガナ	ナカノ ダイスケ		住所	〒 383 - 0013		
	氏名	中野 大介			中野市大字中野●●●●		
	申請子どもとの続柄	父		生年月日	昭和 62 年 12 月 12 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ください。				個人番号(マイナンバー)		
①	080-1234-●●●●	母携帯	②	090-9876-●●●●	父携帯 ●●●●●●●●●●●●●●●●		
子ども	フリガナ	ナカノ カズキ		生年月日	平成 30 年 5 月 5 日		
	氏名	中野 一貴		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	申請子どもの出生順位				個人番号(マイナンバー)	●●●●●●●●●●●●●●●●	
				<input type="checkbox"/> 第1子 <input checked="" type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降			
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)				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、レ点を付けて下さい。		
	<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)				<input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当		
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	
認定を希望する期間		令和 4 年 4 月 1 日 から		<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前		まで	

申請子どもを除く同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	フリガナ	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
	氏名		個人番号	年	月	日	
①	ナカノ ダイスケ 中野 大介	父	●●●●●●●●●●	昭和 62	12	12	(株) ●● <input type="checkbox"/> 有
2	ナカノ ミエ 中野 美恵	母	●●●●●●●●●●	昭和 63	7	7	(有) ●● <input type="checkbox"/> 有
3	ナカノ リン 中野 凜	姉	●●●●●●●●●●	平成 25	4	4	●●小学校 <input type="checkbox"/> 有
4	ナカノ ヒナ 中野 陽菜	妹	●●●●●●●●●●	令和 2	2	2	●●保育園 <input type="checkbox"/> 有
5	ナカノ ダイサク 中野 大作	祖父	●●●●●●●●●●	昭和 28	1	1	農業 <input type="checkbox"/> 有
6	ナカノ トシエ 中野 としえ	祖母	●●●●●●●●●●	昭和 32	6	6	<input type="checkbox"/> 有
7			●●●●●●●●●●	年	月	日	<input type="checkbox"/> 有

利用(予定含む)する幼稚園(子どものための教育・保育給付の対象ではない私立幼稚園等)又は特別支援学校幼稚部を記入してください。

フリガナ		所在地	〒	—	電話番号
施設名		利用開始予定日	令和	年	月 日

<必ず裏面も記入して下さい>

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
サトヤマヨウチエン オヤマノウチ 里山ようちえん おやまのおうち	認可外	〒 381 - 0405 山ノ内町大字夜間瀬8887 TEL:	令和4年4月1日
		〒 - TEL:	
		〒 - TEL:	
		〒 - TEL:	

保育を必要とする理由を記入して下さい。

保育を必要とする理由	子から見た 続柄	母	<input checked="" 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	<input checked="" 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 ()

保育を必要とする理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	居宅外労働 自営 ⇒ 〔 自宅 中心者 自宅以外 協力者 〕 内職 その他: ()	居宅外労働 自営 ⇒ 〔 自宅 中心者 自宅以外 協力者 〕 内職 その他: ()		
	通勤手段 ・時間	通勤手段 ① 自動車 ② ③ ※複数ある場合は、主な手段を3つまで選択して下さい。 通勤時間 約 30 分 (往復時間を記入して下さい。)	通勤手段 ① 自動車 ② 自転車 ③ ※複数ある場合は、主な手段を3つまで選択して下さい。 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	無 有 ⇒ ① 就労先名: から 就労期間: から ② 就労先名: から 就労期間: から	無 有 ⇒ ① 就労先名: ●●●● 就労期間: 平成26年4月1日 から 令和3年7月30日 ② 就労先名: から 就労期間: から		
妊娠・出産 (申請時点)	無 有 ⇒ (予定日) 年 月 日				
疾病・障害 等	(疾病・障害名) (手帳交付) 有 無	(疾病・障害名) (手帳交付) 有 無			
介 護 ・ 看 護	被介護者名 傷病・障害名	(申請子どもとの続柄:)	(申請子どもとの続柄:)		
	受診等 の状況	入院中 通院(月 回) (週 回) 施設名 ()	入院中 通院(月 回) (週 回) 施設名 ()		
就 学	通学手段 ・時間	通学手段 ① ② ③ ※複数ある場合は、主な手段を3つまで選択して下さい。 通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通学手段 ① ② ③ ※複数ある場合は、主な手段を3つまで選択して下さい。 通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)		
	就学 の目的	卒業後就労するため その他()	卒業後就労するため 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) 週 日、1日 時間就労	(就労日数・時間) 週 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		

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

1 居宅外で就労されている場合 (予定を含む) 自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合	就労証明書(就労内定の場合はその証明を受けて下さい) 就労証明書、源泉徴収票又は事業主の確定申告書(第一表、第二表)の写し
2 出産前後(妊娠中、出産後8週の月末に限る)	母子健康手帳の写し(氏名と出産予定日が記載されているページ)
3 保護者に病気、負傷、心身の障害等がある場合	障害者手帳の写し、医師の診断書
4 保護者が同居または長期入院等している親族を介護している場合	
5 災害等の復旧により、保育ができない場合	
6 保護者が求職中の場合	求職に関する申立書
7 保護者が大学や専門学校、職業訓練校などに通っている場合	通学または在籍証明書
8 認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書