

様式第14号 (第14条関係)

子育てのための施設等利用給付認定申請書 (兼児童台帳)

令和4年11月1日

深谷市長 宛て  
(管理者 宛て)

申請書を園又は保育課に提出  
する日をご記入ください。

フリガナ **フカヤ タロウ**  
保護者氏名 **深谷 太郎**  
(自署又は記名押印)

申請に係る小学校就学前子ども	氏名	フリガナ <b>フカヤ ハナコ</b> <b>深谷 花子</b>	第何子	2	生年月日	平成31年4月5日	性別	男・女	障害者手帳の有無	有・無
	保護者住所・連絡先	(住所)	深谷市仲町11-1							
	(電話番号)	(自宅) <b>048-xxxx-0000</b> (父携帯) <b>090-x0x-△△△△</b> (母携帯) <b>090-□□□-0x□△</b>								
認定種別 (いずれかにチェック)	新1号	<input type="checkbox"/> 保育を必要としない、満3歳以上の児童								
	新2号	<input checked="" type="checkbox"/> 保育を必要とし、認定申請年度の4月1日時点で2歳以上								
	新3号	<input type="checkbox"/> 保育を必要とし、認定申請年度の4月1日時点で2歳以下であり								

何番目のお子様か  
ご記入ください。

該当する部分にチェック  
を入れてください。

① 世帯の状況 (父母及び同居所に住んでいる全員 (世帯分離している人も含む。) を記入上の注意に基づき記入してください。)

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	要介護認定又は障害者手帳	前年度分 (当年度分) 市町村住民課税の有無	就労・通学・通園先 又は単身赴任先	備考
児童の世帯員	深谷 太郎	父	昭和53年10月12日	<input type="checkbox"/> 有	有・無	○×会社	
	深谷 花美	母	昭和53年10月13日	<input type="checkbox"/> 有	有・無	×○会社	
	深谷 一郎	兄	平成25年10月20日	<input type="checkbox"/> 有	有・無	○×□小学校	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 有	有・無		
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 有	有・無		
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 有	有・無		
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 適用無し・ <input type="checkbox"/> 適用有り ( )					

入園日をご記入ください。

② 利用開始予定日、利用する施設名

利用を希望する期間	令和5年4月1日から 年 月 日まで・就学前まで	
利用する施設名 (予定を含む)	施設所在地・連絡先 (市外の場合のみ記入)	
	ふっかちゃん幼稚園	
	〒	
	TEL	

※市町村記載欄

受付年月日	年 月 日
調査員	チェック者印

市記載欄	
子育てのための施設等利用給付認定	子ども・子育て支援法第30条の4第1項第1号 (新1号) 満3歳以上で、保育を必要としない児童
	子ども・子育て支援法第30条の4第1項第2号 (新2号) 保育の必要性がある満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している児童
	子ども・子育て支援法第30条の4第1項第3号 (新3号) 保育の必要性があり、満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあり、保護者及び同一世帯員が市町村住民課税世帯非課税者の児童
上記以外	

保育を必要とする場合は、裏面もご記入下さい。

③保育を必要とする理由等

保育を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	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 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 具体的状況 ( <b>ふっかちゃん会社 8:30~17:30 22日/月</b> )	
	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 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 具体的状況 ( <b>ふっかちゃん銀行 9:00~16:00 20日/月</b> )	<b>時短勤務 (R4.3.31 まで)</b>
家庭の状況	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚前提別居 ( )		

※保育を必要とする理由ごとに、市の指定する書

③及び④について、新1号認定の申請の場合は、記載不要です。

④認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、預かり保育の場合も含む。

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
<b>フッカちゃんヨウチエン ふっかちゃん幼稚園</b>	認可外・一時預かり・ <b>預かり保育</b> 病児保育・子育て支援活動	〒366-△△△△ 深谷市仲町〇〇-×× TEL 048-×〇×-△△△	<b>令和5年4月1日</b>
	認可外・一時預かり・預かり保育 病児保育・子育て支援活動	〒 TEL	年 月 日
	認可外・一時預かり・預かり保育 病児保育・子育て支援活動	〒 TEL	年 月 日
	認可外・一時預かり・預かり保育 病児保育・子育て支援活動	〒 TEL	年 月 日

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が、施設等利用給付認定に必要な市区町村民税の情報（同一世帯者を含む。）、児童扶養手当受給情報及び世帯情報を閲覧することに同意します。また、施設等利用給付認定通知書の発行について、申請の日から30日を超えての認定に同意します。

保護者氏名 **深谷 太郎**  
(自署又は記名押印)

※施設記載欄（施設（事業者）を經由して市に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設（事業者）名	
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(連絡先)
入所契約（内定）の有無	無・有（契約（内定日） 年 月 日）
備考	