

調布市長 宛

調布市子どものための教育・保育給付 認定申請書 変更申請書
 調布市子育てのための施設等利用給付 認定申請書 変更申請書

【申請に当たって同意していただく事項】

- 子ども・子育て支援法第16条（子育てのための施設等利用給付に係る申請にあっては同法第30条の3において準用する同法第16条）の規定による給付認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
- 申請書等に記載した内容は、給付認定や施設等利用費の支給その他施設における給食費等の徴収に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者を提供することがあります。
- 施設等利用費は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領する場合があります。
- 新年度4月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請日にかかわらず、子ども・子育て支援法第20条第6項及び同法第30条の5第5項の規定により、最長で利用開始日の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。
- 申請内容が事実と相違した場合は、認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意し、子ども・子育て支援法の規定に基づき、次のとおり施設型給付費、地域型保育給付費、施設等利用費に係る認定を申請します。

1 基本情報

			認定希望日（施設利用開始希望日）		令和 7 年 4 月 1 日	
申請者	フリガナ	チョウフ タロウ	申請 子ども との続柄	父	現住所	〒 182 - 8511
	氏名	調布 太郎				調布市小島町2-35-1
	日中の連絡先（電話番号） ※ 確実に連絡のとれる順に記入してください。					
①	080-△△△△-〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 父勤務先 <input type="checkbox"/> 母勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）	②	080-〇〇〇〇-△△△△	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 父勤務先 <input type="checkbox"/> 母勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
子ども申請	フリガナ	チョウフ キタロウ	現住所	〒 -		個人番号（マイナンバー）
	氏名	調布 鬼太郎	申請者と異なる 場合のみ記載	生年月日	令和3 年 5 月 7 日	記入不要
認定希望日の前年度1月1日現在の住所	(母親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ。	(父親)	長野県下高井郡木島平村往郷914-6 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ。		
認定希望日の前々年度1月1日現在の住所	(母親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ。	(父親)	長野県下高井郡木島平村往郷914-6 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ。		

2 世帯の状況

（生計の中心者の番号に○を付けてください。）	フリガナ	申請子どもとの続柄	個人番号及び生年月日		就労先・通学先・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	生年月日		
①	チョウフ タロウ 調布 太郎	父	個人番号 昭和58	年 6 月 1 日	○△株式会社	<input type="checkbox"/> 有
2	チョウフ ハナコ 調布 花子	母	個人番号 昭和59	年 3 月 2 日	××株式会社	<input type="checkbox"/> 有
3	チョウフ ミライ 調布 未来	妹	個人番号 令和6	年 6 月 17 日		<input type="checkbox"/> 有
4			個人番号	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5			個人番号	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

※同居者を全員記入してください。

3 保育の必要性

保育の必要性の有・無	該当する□にレ点を付けてください。							
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	(子から見た続柄)	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 母 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 介護 看護 <input type="checkbox"/> 求職 活動等 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産 <input type="checkbox"/> 疾病 障害等 <input type="checkbox"/> 災害 復旧 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		(子から見た続柄)	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 母 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 介護 看護 <input type="checkbox"/> 求職 活動等 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産 <input type="checkbox"/> 疾病 障害等 <input type="checkbox"/> 災害 復旧 <input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 無	主に幼稚園、認定こども園等の教育時間のみの利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除きます。）							

<必ず裏面も記入してください。>

(裏)

4 利用施設について (予定を含みます。)

フリガナ 施設名	マルマルホイクエン 〇〇保育園	施設の種類	<input type="checkbox"/> 幼稚園	<input type="checkbox"/> 新制度	<input type="checkbox"/> 未移行
施設の種類			<input type="checkbox"/> 認定こども園		
施設の所在地	〒 - - TEL: - - 記入不要		<input checked="" type="checkbox"/> 認可保育所等	※地域型保育事業を含む。	
			<input type="checkbox"/> 認可外保育施設	<input type="checkbox"/> 東京都認証保育所	<input type="checkbox"/> その他

※一時預かり事業 (幼稚園等の預かり保育含む) , 病児保育事業, 子育て援助活動支援事業を利用する(予定含みます。)方は記入してください。

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
	<input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業	〒 - - TEL: - -	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業	〒 - - TEL: - -	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業	〒 - - TEL: - -	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業	〒 - - TEL: - -	年 月 日