

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)

(あて先) 八尾市長

令和 年 月 日

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更
------	---

現住所	〒 _____ (アパート・マンション名、居室番号等も記載してください)													
代表保護者	フリガナ									生年月日(西暦)	年	月	日	
	氏名									申請子どもとの続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()			
	日中の連絡先(電話番号) *左詰め-(ハイフン)ありで記入してください。													
	①									<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()				
②									<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()					
子ども申請	フリガナ									生年月日(西暦)	年	月	日	
	氏名									性別	個人番号(マイナンバー)			
									男・女					
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳以上である(第1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□にレ点を付けて下さい。			
	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、保育を希望かつ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"/> 市民税所得割非課税に該当			
	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、保育を希望かつ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)													

上記「認定種別」が(第2号・第3号)に該当する場合に記入して下さい。

保育を必要とする理由	続柄	<input type="checkbox"/> 父・□その他()	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<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"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> その他()
	続柄	<input type="checkbox"/> 母・□その他()	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<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"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> その他()

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

認定希望日の当年(前年)1月1日現在の住所 ※1.2	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の前年(前々年)1月1日現在の住所 ※1.2	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

※1 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)を添付して下さい。

※2 認定希望日が4月から8月の場合は、前年及び前々年時点の住所になります。

同居者を全員記入して下さい。(世帯分離している人、別棟で同居の人、単身赴任等で別居している人を含む)

世帯状況(児童本人は除く)	児童との続柄	氏名	児童との居住状況	生年月日(西暦)							勤務先・学校名学年等		市記入欄	
											個人番号			
父	(フリガナ)									<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居			
	(フリガナ)									<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居			
	(フリガナ)									<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居			
	(フリガナ)									<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居			
	(フリガナ)									<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居			

生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 適用有(年 月 日 保護開始)	家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭→児童扶養手当等の受給: 有・無
---------	---	-------	---

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ	〒 _____	
施設名	預かり保育事業の利用の有無	所在地 ※八尾市外のみ記入
	有・無	利用開始予定日(認定希望日)
		年 月 日

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。

施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始予定日(認定希望日)
(フリガナ)	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 _____ TEL: _____	年 月 日
(フリガナ)	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 _____ TEL: _____	年 月 日

<必ず裏面もご確認下さい>

就労証明書

八尾市長

宛

保護者記載欄	児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父方の祖父 <input type="checkbox"/> 父方の祖母 <input type="checkbox"/> 母方の祖父 <input type="checkbox"/> 母方の祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	児童名	生年月日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 転園 <input type="checkbox"/> 申込み中 (第一希望)	
		年 月 日	施設名	
	児童名	生年月日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 転園 <input type="checkbox"/> 申込み中 (第一希望)	
		年 月 日	施設名	
就労先への通勤時間		時間	分 (往復)	

証明日	西暦	年	月	日
事業所名				
代表者名				
所在地				
電話番号	—	—	—	—
担当者名				
記載者連絡先	—	—	—	—

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。

No.	項目	記載欄					
1	業種	<input type="checkbox"/> 農業・林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業・採石業・砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業・郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売業・小売業 <input type="checkbox"/> 金融業・保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業・物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 学術研究・専門・技術サービス業 <input type="checkbox"/> 宿泊業・飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業・娯楽業 <input type="checkbox"/> 医療・福祉 <input type="checkbox"/> 教育・学習支援業 <input type="checkbox"/> 複合サービス事業 <input type="checkbox"/> 公務 <input type="checkbox"/> その他 ()					
2	フリガナ						
	本人氏名		生年月日	年 月 日			
3	雇用(予定)期間等	<input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期	期間 (無期の場合は雇用開始日のみ)	年 月 日 ~ 年 月 日			
4	本人就労先事業所	名称					
		住所					
5	雇用の形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 会計年度任用職員 <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 自営業主 <input type="checkbox"/> 自営業専従者 <input type="checkbox"/> 家族従業者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 業務委託 <input type="checkbox"/> その他 ()					
6	就労時間 (固定就労の場合)	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日	合計時間	月間	時間	分 (うち休憩時間 分)	
		一月当たりの就労日数	月間	日	一週当たりの就労日数	週間	日
		平日	時	分	~	時	分 (うち休憩時間 分)
		土曜	時	分	~	時	分 (うち休憩時間 分)
	日祝	時	分	~	時	分 (うち休憩時間 分)	
就労時間 (変則就労の場合)	合計時間	<input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間	時間	分 (うち休憩時間 分)			
	就労日数	<input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間	日				
	主な就労時間帯・シフト時間帯	時	分	~	時	分 (うち休憩時間 分)	
7	就労実績 ※日数に有給休暇を含み、 時間数に休憩・残業時間を含む	年月	年 月	年月	年 月	年月	年 月
		日/月	時間/月	日/月	時間/月	日/月	時間/月
8	産前・産後休業の取得 ※取得予定を含む	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中					
		期間	年 月 日	~	年 月 日		
9	育児休業の取得 ※取得予定を含む	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み					
		期間	年 月 日	~	年 月 日		
10	産休・育休以外の休業の取得	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み	理由	<input type="checkbox"/> 介護休業 <input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		期間	年 月 日	~	年 月 日		
11	復職(予定)年月日	<input type="checkbox"/> 復職予定 <input type="checkbox"/> 復職済み		年 月 日			
12	育児のための短時間勤務制度利用有無 ※取得予定を含む	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中	期間	年 月 日	~	年 月 日	
		主な就労時間帯・シフト時間帯	時	分	~	時	分 (うち休憩時間 分)
13	保育士等としての勤務実態の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有(予定) <input type="checkbox"/> 無					
14	備考欄						
追加的記載項目欄							
15	単身赴任	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	期間	赴任開始日(赴任予定日) ~ 赴任終了日 ※未定の場合は記入不要			
		年 月 日	~	年 月 日			

児童との続柄 ※○で囲んでください

入所理由証明書

父	母	同居の祖父・祖母 その他()
---	---	--------------------

(あて先)八尾市長 (障がい・介護看護・疾病・妊娠出産・就学・求職中用)

○保護者の方の記入欄 (必須) ※教育保育給付認定と施設等利用給付認定の申請に必要な共通様式です。

保護者氏名	生年月日	日中の連絡先(TEL)	(就学の方のみ)自宅から就学先の通学時間(児童の送迎含まず)		
S H	年 月 日		通学時間(片道)= 時間 分(電車・バス・自転車・自動車・徒歩) ※複数選択可		
児童氏名	生年月日	□利用中 □転園 □申込中	児童氏名	生年月日	□利用中 □転園 □申込中
H R	年 月 日	施設名	H R	年 月 日	施設名

※記入もれがありますと、書類不備となり、受付できません。必ずもれなくご記入ください。フリクションペンの使用はできません。

※訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。修正ペン・修正テープは、無効となります。

■妊娠・出産要件の方

(保護者記入欄) 当てはまるものに○及び☑をつけ、必要事項を記入してください。教育・保育給付認定期間は出産日から8週間が経過する日の翌日の月末までです。

出産(予定)日	令和 年 月 日 (出産予定の方は、母子手帳の①「母の氏名(表紙)」と②「分娩予定日」のページの両方のコピーを添付してください)
出産前の状況	1 就労している 令和 年 月 日まで就労 (予定) 2 就労していない
出産後の状況	1 出産前の職場に復帰予定(復帰予定日 令和 年 月 日・入所次第) <input type="checkbox"/> 自営業の【中心者・協力者】で退職後復帰予定 } ※復職時に復職証明書の提出が必要です。 <input type="checkbox"/> 【産休のみ・産休及び育休】取得後、復帰予定 } ※復帰時に就労(予定)先にて「就労証明書」に就労(予定)状況を証明いただき、ご提出ください。 <input type="checkbox"/> 一旦職場を退職したが、出産前と同じ職場で採用予定 } ※復職時に就労(予定)先にて「就労証明書」に就労(予定)状況を証明いただき、ご提出ください。 2 出産前の職場とは別の職場で採用予定(就労予定日 令和 年 月 日・入所次第) ※復帰時に就労(予定)先にて「就労証明書」に就労(予定)状況を証明いただき、ご提出ください。 3 出産後に求職活動をする予定 ※以下の欄に署名捺印してください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> 出産日から8週間が経過する日の翌日の月末までに求職活動中であることを証明する書類を提出します。 署名 _____ </div> ※産休終了時に「入所理由証明書」の「求職中の方」の欄を記入のうえ、必要書類を添付してご提出ください。 提出がない場合は入所申込みの取下げ(入所決定された場合は保育施設の退所)として処理されますのでご了承ください。 4 出産後は就労・求職活動の予定はない ※4に該当される方は、就労等への要件の変更がない限り、出産日から8週間が経過する日の翌日の月末を過ぎると、自動的に入所申込みの取下げ(入所決定された場合は保育施設の退所)として処理されますのでご了承ください。 5 その他 [_____]

■就学の方

(学校等記入欄) 下記の者は、次のとおり(就学・就学予定)であることを証明します。(いずれかを○で囲んでください)

氏名			
学校等種別	学校・専修学校・各種学校・職業訓練校・その他()		
学校等名称	学校等所在地		
就学(予定)期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
主な履修科目			
授業日数	日/週	通常の授業日	月・火・水・木・金・土・日・不定
授業時間	① 一日あたり 時 分から 時 分 (うち休憩時間 分)		
	② 週あたり 時間 分 (休憩時間 一日 分)		
	※授業時間が一定の場合は①を、不規則の場合は②を記入してください。		
証明年月日	令和 年 月 日	名称	学校印 又は 代表者印
		代表者名	
		所在地	
		記入担当者名 電話	

(注意事項)この就学証明欄は、保育の教育・保育給付認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、学校等の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、担当者にお問い合わせすることがあります。また、虚偽の記載を行った場合、利用を取り消すことがあります。

■求職中の方

下記の申告欄にご記入のうえ、必要書類を添付してください。

求職中の支給認定期間は90日が経過する日の月末までです

求職活動状況について、次のとおり申告します。就労先が決まり次第、所定の証明書を提出します。		署名 _____
※右記のいずれかを○で囲み、提出書類の欄に☑をしてください。	求職内容	提出書類(必須) 該当する方にチェックをいれてください。 ※添付書類が無いと受付できません
	ハローワークを利用	<input type="checkbox"/> ハローワーク受付票のコピー
	上記以外の方法での求職活動	<input type="checkbox"/> 求職活動の事実を証明する書類(面接通知・不採用通知等)

(注意事項)※ 事実確認のため、求職活動を行った会社等に確認する場合があります。
 ※ 施設利用中の場合は、求職活動認定の延長はできませんのでご注意ください。
 ※ 申込日で求職活動認定を延長される場合は、認定変更申請手続きが必要となります。

■障がい要件の方

〈本人記入欄〉必ず手帳のコピーをつけてください。

手帳の種別等 ☑と○を記入してください	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 1・2・3・4 級 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 1・2 級
保育が困難な理由 (詳しく記入してください)	<input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B1・B2

■介護・看護要件の方

〈介護・看護者記入欄〉 介護・看護の対象となる方について、別途医療機関にて下記の「疾病の方」医療機関記入欄に証明いただきあわせてご提出ください。
身体障がい者手帳1〜4級・療育手帳(A・B1・B2) 精神障がい者保健福祉手帳1・2級のコピーがあれば証明に代えることができます。

介護・看護を受ける方							
続柄	児童の(父・母・兄弟・姉妹・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母)						
介護・看護を受ける方の住所	同居所・別住所(○をしてください) 別住所の場合→住所()						
介護・看護状況	入院・通院(通所)【月・週 日程度】・在宅			利用施設名:			
病名							
症状 保育が困難な理由もあわせて記入してください	身体障がい者手帳__級 ・ 精神障がい者保健福祉手帳__級 ・ 療育手帳(A・B1・B2) 要介護認定: 要介護()・要支援 介護サービス利用: 無・有 理由						
介護・看護状況	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・通院(通所)同行・その他()						
その他具体的な介護・看護内容							

介護・看護の状況について記入してください。この欄に記入が難しい場合は、スケジュールがわかる書類を別途添付していただいても構いません。

時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	(記入例)
: ~ :							朝食介助
: ~ :							病院通院介助
: ~ :							昼食介助
: ~ :							入浴介助
: ~ :							夕食介助

■疾病要件の方

〈医療機関記入欄〉 申込者本人が記入した場合は無効となります。また、**介護・看護の対象**となる方についても、以下の医療機関記入欄に証明いただきご提出ください。

氏名							
受診状況	通院(月・週 日程度)・その他()						
	入院(期間など:)						
病名							
症状							
療養状況及び児童を保育する上での困難さに関する意見 (該当する項目を○で囲んでください)	寝たきり等、全面的に介助が必要 ・ 常時安静、介助必要 ・ 自宅療養、保育困難 ・ 概ね保育可能 児童を保育する上での困難さに関するご意見を記入してください。						
治療見込み期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
証明年月日	令和 年 月 日						医療機関印 または 担当医師印
	名称 _____						
	所在地 _____						
	医師名 _____ 電話 _____						

〈注意事項〉この疾病証明欄は、保育の支給認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、医療機関の担当者が事実のとおりにご記入ください。
必要に応じ、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、利用を取り消すことがあります。

■その他の方

※下記のいずれかの番号を○で囲み必要項目に記入してください。			提出書類
1	災害復旧中の方	り災場所()理由()	り災証明書の写し
2	DVによる避難等の方	相談機関名()	相談機関等の証明書
3	保育サポート利用の方		