

# Application for Education/Childcare Benefit Certification

(MM) (DD) (YY)

[Items of Consent]

- We may ask public agencies to allow us to view necessary documents or provide us with necessary materials in the screening of benefit certification and confirmation of taxation status of municipal tax of the applicant and relatives living together.
- We may make an inquiry to relevant parties such as employer of guardian for screening of benefit certification.
- We may provide information described in this application to facility or business operator when deemed necessary as information related to benefit certification and provision of childcare fee, and, collection of a fee for lunch at facility.
- Facility or business operator may receive childcare fee on behalf of applicant if approved by the city.
- Notification of screening results may be deferred if starting the use from April of the new fiscal year as certification admission may be concentrated in such timing and it will require longer period of time for screening etc.
- We may cancel benefit certification if we find any of the information in the application is factually incorrect.
- You cannot apply for the benefit certification if you are using company-led childcare facility as of the desired date of certification.

**I consent to the above, and hereby apply for education/childcare benefit certification (Childcare Facility Use Benefit).**

Certification Category Please circle the applicable one from a) to d)	a)	Article 19 of the Act No. 1 Certification	Using facility-type benefit kindergarten/certified kodomoen (For education only)	Please fill out only the front side.
	b)	Article 30-4 of the Act No. 1 Certification	Using private subsidized kindergarten (For education only)	
	c)	Article 19 of the Act No. 2 Certification/ No. 3 Certification	Using authorized childcare center	Please fill out both sides.
	d)	Article 30-4 of the Act No. 2 Certification/ No. 3 Certification	Using childcare at kindergarten/non-registered childcare facility	
Desired Period of Certification	(MM) (DD) (YY)	-	<input type="checkbox"/> Entering elementary school <input type="checkbox"/> (MM) (DD) (YY)	

**1 Applicant (Guardian)**

Furigana			Date of Birth	(MM) (DD) (YY)
Name			Address	
Contact (1)	Father's Contact/Mother's Contact/Father's Workplace/Mother's Workplace/Home/Others ( )		Contact (2)	Father's Contact/Mother's Contact/Father's Workplace/Mother's Workplace/Home/Others ( )

\*Please fill in the contacts in order of reachability during the day

\*Please fill in Contact No. 2.

**2 Applicant Child**

Furigana	Date of Birth	(MM) (DD) (YY)	Individual Number	Issuance of Disability Handbook etc.*	<input type="checkbox"/> Yes
Name					

\*Disability Handbook etc. refers to: Physical Disability Handbook, Special Education Handbook, Health benefits handbook for the mentally ill, Special child support allowance certificate, Disability Basic Pension under National Pension (the same applies to the below "4 Household Situation".)

**3 Name of Facility/Service of Use (1st choice of preferred childcare facility)**

Furigana Name of Facility	Type of Services to be used	Planned Day for the Start of Use (Desired Starting Month)
	Childcare Center/Certified Kodomoen/Community-Based Childcare Facility/Kindergarten/Non-Registered Childcare Facility/Temporary Childcare Service/Facility for Care of Sick Children/Family Support	(MM) (DD) (YY)

**4 Household Situation \*Excluding Applicant Child**

	Furigana Name	Relationship to Applicant Child	Age	Date of Birth			Place of work, attending school/nursery school or work away from home unaccompanied by family	Issuance of Disability Handbook etc.*
				Individual Number	(MM)	(DD) (YY)		
(Including Applicant) Guardian			years old		(MM)	(DD) (YY)		<input type="checkbox"/> Yes
	Address as of January 1, 2024		In Ayase City/Outside Ayase City ( ) *Specify the name of prefectures and municipalities					
	Address as of January 1, 2023		In Ayase City/Outside Ayase City ( ) *Specify the name of prefectures and municipalities					
			years old		(MM)	(DD) (YY)		<input type="checkbox"/> Yes
	Address as of January 1, 2024		In Ayase City/Outside Ayase City ( ) *Specify the name of prefectures and municipalities					
	Address as of January 1, 2023		In Ayase City/Outside Ayase City ( ) *Specify the name of prefectures and municipalities					
(Including Co-Habitants Whose Household is Separated or Someone Living Separately but in the Same Household) Family Members and Co-Habitants Other Than Guardians			years old		(MM)	(DD) (YY)		<input type="checkbox"/> Yes
			years old		(MM)	(DD) (YY)		<input type="checkbox"/> Yes
			years old		(MM)	(DD) (YY)		<input type="checkbox"/> Yes
			years old		(MM)	(DD) (YY)		<input type="checkbox"/> Yes
			years old		(MM)	(DD) (YY)		<input type="checkbox"/> Yes
			years old		(MM)	(DD) (YY)		<input type="checkbox"/> Yes
Situation in the Case of Single-Parent Household		<input type="checkbox"/> Divorced (( MM) (DD) (YY)) <input type="checkbox"/> Separation by death (( MM) (DD) (YY)) <input type="checkbox"/> Unmarried <input type="checkbox"/> Legal Separation (from (around) (MM) (DD) (YY)) [Mediation <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <<Presence of Certificate <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes>>]						
Receipt of Public Assistance		<input type="checkbox"/> Yes (Started Public Assistance from (MM) (DD) (YY))						

Please Turn Over

# 給付認定申請書

年 月 日

【同意事項】

- 給付認定の審査並びに申請者及び同居親族の市町村住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。
- 給付認定の審査のために、保護者の雇用主などの関係者に照会を行うことがあります。
- 申請書に記載した内容は、給付認定及び施設等利用費の支給並びに施設における給食費の徴収に関する情報として必要と認められる場合に、施設又は事業者を提供することがあります。
- 施設等利用費は、市が認めた場合は、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期間を要するため、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、給付認定を取り消すことがあります。
- 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は、本認定の申請はできません。

以上のことに同意の上、子どものための教育・保育給付（子育てのための施設等利用給付）の給付認定を申請します。

認定種別 ア～エのうち 該当に○	ア	法第19条 1号認定	施設型給付幼稚園・認定こども園を利用（教育部分のみ）	表面のみ記入
	イ	法第30条の4 1号認定	私学助成幼稚園を利用（教育部分のみ）	
	ウ	法第19条 2号認定／3号認定	認可保育所等を利用	両面記入
	エ	法第30条の4 2号認定／3号認定	幼稚園預かり保育・認可外保育施設等を利用	
認定期間の 希望	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 小学校就学前 <input type="checkbox"/> 年 月 日

## 1 申請者（保護者）

フリガナ	生年月日	年 月 日
氏名	現住所	
連絡先①	連絡先②	
父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（ ）		父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（ ）

※連絡先は日中連絡のつきやすい順に記入してください ※連絡先②も記入してください。

## 2 申請に係る児童

フリガナ	生年月日	年 月 日	個人番号	障害者手帳等※の有無	<input type="checkbox"/> 有
氏名					

※ 障害者手帳等：身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当証書、国民年金の障害基礎年金（下欄「4 世帯の状況」において同じ）

## 3 利用（申込み第1希望）施設・事業名

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	利用開始予定日 （申込み希望月）
	保育所・認定こども園・地域型保育事業 幼稚園・認可外保育施設 一時預かり・病児保育・ファミサポ	年 月 日

## 4 世帯の状況※申請にかかる児童は除く

フリガナ 氏名	申請子ども との続柄	年齢	生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先	障害者手帳等※ の有無
（申請を行う保護者を含む）		歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		
		令和6年1月1日の住所	綾瀬市・綾瀬市外（ ） ※都道府県名・市区町村名を記入		
		令和5年1月1日の住所	綾瀬市・綾瀬市外（ ） ※都道府県名・市区町村名を記入		
（世帯保護者以外も生計が同一の家族な方及び同居し）	歳	歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		
	歳	歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		
	歳	歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		
歳	歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有	
		年 月 日			
歳	歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有	
		年 月 日			
ひとり親世帯の場合の状況		<input type="checkbox"/> 離婚（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 死別（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚前提別居（ 年 月 日（頃）から【調停 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有《証明書 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有】）			裏面あり
生活保護の受給状況		<input type="checkbox"/> 該当（ 年 月 日保護開始）			

**\*Please fill in if you choose c) or d) in the above 1.**

**5 Situations Requiring Childcare** \*If the guardian is someone other than the father or mother, please fill in their name in the [ ].

		Mother [ ]		Father [ ]		
Reason for Needing Childcare Services	<input type="checkbox"/> Employment <input type="checkbox"/> Pregnancy and Childbirth <input type="checkbox"/> Illness or Disability <input type="checkbox"/> Nursing and Care-Giving <input type="checkbox"/> School Attendance <input type="checkbox"/> Job-Hunting Activity <input type="checkbox"/> Childcare Leave <input type="checkbox"/> Recovery from Disaster <input type="checkbox"/> Others			<input type="checkbox"/> Employment <input type="checkbox"/> Illness or Disability <input type="checkbox"/> Nursing and Care-Giving <input type="checkbox"/> School Attendance <input type="checkbox"/> Job- Hunting Activity <input type="checkbox"/> Childcare Leave <input type="checkbox"/> Recovery from Disaster <input type="checkbox"/> Others		
	Name of Workplace					
Employment	Means of Commuting /Commute Time	Means of Commuting	On foot/by bicycle/bus/car/train/others ( )	Means of Commuting	On foot/by bicycle/bus/car/train/others ( )	
		Commute Time	*If there are more than one, please circle all the applicable items. Approximately _____ minutes (Please fill in the total time of round trip.)	Commute Time	*If there are more than one, please circle all the applicable items. Approximately _____ minutes (Please fill in the total time of round trip.)	
Childcare Leave	<input type="checkbox"/> On Childcare Leave		<input type="checkbox"/> On Childcare Leave			
Pregnancy and Childbirth (as of application)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ⇒ (Due Date) (MM) (DD) (YY)					
Illness or Disability	(Type of illness or disability) (Issuance of Handbook) <input type="checkbox"/> Yes ( _____ grade) <input type="checkbox"/> No		(Type of illness or disability) (Issuance of Handbook) <input type="checkbox"/> Yes ( _____ grade) <input type="checkbox"/> No			
Nursing and Care-Giving	Eligible Person	(Relationship to Applicant Child: _____)		(Relationship to Applicant Child: _____)		
	Type of Illness or Disability					
	Status of Medical Examination	<input type="checkbox"/> Is Hospitalized   Outpatient Visit ( _____ times per month/week) <input type="checkbox"/> Going to Facility/School ( _____ times per week) Name of Facility ( _____ )		<input type="checkbox"/> Is Hospitalized   Outpatient Visit ( _____ times per month/week) <input type="checkbox"/> Going to Facility/School ( _____ times per week) Name of Facility ( _____ )		
Job-Hunting Activity	Details of Activity: _____		Details of Activity: _____			
School Attendance	Name of School					
	Means of Commuting /Commute Time	Means of Commuting	On foot /by bicycle/bus/car/train/others ( )	Means of Commuting	On foot /by bicycle/bus/car/train/others ( )	
		Commute Time	*If there are more than one, please circle all the applicable items. Approximately _____ minutes (Please fill in the total time of round trip.)	Commute Time	*If there are more than one, please circle all the applicable items. Approximately _____ minutes (Please fill in the total time of round trip.)	
Period	Until (MM) (DD) (YY)		Until (MM) (DD) (YY)			
Others	Situation that makes childcare difficult		Situation that makes childcare difficult			
	Disaster/Others ( _____ )		Disaster/Others ( _____ )			

●Documents to be Attached

	Reason for needing Childcare Services	Requisite Documents
1	Employment for at least 64 hours per month	- Employment Certificate (Form designated by the City) (If you are self-employed, any one of the documents specified in below*1)
2	Pregnancy with or birth of a second or succeeding child	- Copy of the mother-child handbook (the cover and the page with an entry for the projected date of childbirth)
3	Guardian illness or disability	- Medical certificate of the attending physician or copy of the disability handbook
4	Nursing-type care or care giving of co-habitants or relatives hospitalized for the long term	- Medical certificate of the attending physician or copy of the certificate for receipt of nursing-type care, care-giving or attendant
5	Disaster Recovery	- Disaster certificate or other document that can indicate the facts
6	Job-hunting activity	- Copy of the Hello Work reception slip or statement setting forth the situation of job-hunting activity
7	School attendance (vocational training school)	- Student ID (or enrollment certificate), or certificate describing receipt of vocational training and class schedules or other documents indicating the hours of school attendance
8	Childcare leave for succeeding child	- Request for continued use of childcare center associated with childcare leave (extension) (Form designated by the City)

\*1 Copy of the notification of the start of individual business, Copy of the business permit, Copy of the registered matters certificate, Copy of the income tax return (duplicate) or other document certifying business income

\*To be filled out by City officials

Reception Date	(MM) (DD) (YY)	Child Code	Name of Facility	Certificate Number
Possibility of Setting	Possible/Impossible	If not certified, specify the reason		
Setting Category	Article 19 of the Act <input type="checkbox"/> item i) <input type="checkbox"/> item ii) <input type="checkbox"/> item iii)		Article 30-4 of the Act <input type="checkbox"/> item i) <input type="checkbox"/> item ii) <input type="checkbox"/> item iii)	
Remarks	<input type="checkbox"/> Number Confirmation <input type="checkbox"/> Identity Confirmation			Supplementation of number/ Others ( _____ )
	Others			

Please advise if we may determine the above application, and after settlement, if we may issue or notify as per the attached.

Column for Settlement				Official Seal	Received on	/ /
Section Manager	Supervisor in Charge	Person in Charge	In-Charge		Drafted on	/ /
					Settled on	/ /
					Issued on	/ /

※ 1でウ又はエを選択した場合に記入してください。

5 保育を必要とする状況 ※保護者が父母以外の場合は、〔 〕に氏名を記入してください。

		母〔 〕		父〔 〕		
保育を必要とする事由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> その他		
就労	勤務先名					
	通勤手段・時間	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ） ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。		通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ） ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。
		通勤時間	約 分（往復時間を記入して下さい。）		通勤時間	約 分（往復時間を記入して下さい。）
育休		<input type="checkbox"/> 育休取得中		<input type="checkbox"/> 育休取得中		
妊娠・出産（申請時点）		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒（出産予定日） 年 月 日				
疾病・障がい等		（疾病又は障がいの種類）（手帳交付） <input type="checkbox"/> 有（ 級） <input type="checkbox"/> 無		（疾病又は障がいの種類）（手帳交付） <input type="checkbox"/> 有（ 級） <input type="checkbox"/> 無		
介護・看護	対象者	（児童との続柄： ）		（児童との続柄： ）		
	受診等の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 通院（月・週 回）		<input type="checkbox"/> 入院中 通院（月・週 回）		
		<input type="checkbox"/> 通所・通学（週 回） 施設名（ ）		<input type="checkbox"/> 通所・通学（週 回） 施設名（ ）		
求職活動等		活動の内容：		活動の内容：		
就学	学校名					
	通学手段・時間	通学手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ） ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。		通学手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ） ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。
		通学時間	約 分（往復時間を記入して下さい。）		通学時間	約 分（往復時間を記入して下さい。）
	期間	年 月 日まで		年 月 日まで		
その他		保育を行うことが困難と認められる内容 災害・その他（ ）		保育を行うことが困難と認められる内容 災害・その他（ ）		

●添付書類

	保育を必要とする事由	必要書類
1	月64時間以上の就労	・就労証明書（市様式）（自営業の方は他に※1の書類のいずれか1つも必要）
2	下の子の妊娠・出産	・母子手帳の写し（表紙と出産予定日を記入したページの写し）
3	保護者の疾病・障害	・主治医の診断書、又は障害者手帳の写し
4	同居又は長期入院している親族の介護・看護	・主治医の診断書、又は被介護・看護。付添者の証明書類の写し
5	災害復旧	・罹災証明書等事実を証明できる書類
6	求職活動	・ハローワーク受付票の写し又は求職活動の状況が分かる申立書
7	就学（職業訓練校）	・学生証（又は在学証明書）、もしくは職業訓練の受講が分かる書類及び就学時間が分かる書類
8	下の子のための育休	・育児休業（延長）に伴う継続入所についての申立書（市様式）

※1 開業届の写し・営業許可証の写し・登記事項証明書の写し・確定申告書（控え）等の事業の収入を証明するものの写しなど

※市記載欄

受付年月日	年 月 日	こどもコード	施設名	認定証番号
認定の可否	可・否	認定しない場合の理由		
認定区分等	法19条 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	法30条の4 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号		<input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 身元確認 その他 番号補記・その他（ ）
備考				

上記の申請について、決定してよいでしょうか。また、決裁後は別紙のとおり交付又は通知してよいでしょうか、併せて伺います

決 裁 欄				公印	受付	・	・
課長	担当総括者	担当員	担当		起案	・	・
					決裁	・	・
					交付	・	・