

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。

令和 年 月 日

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書(2・3号認定)

新地町長

【申請にあたって同意していただく事項】

- 子ども・子育て支援法第30条の3において準用する同法第16条の規定に基づき、施設等利用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、施設等利用給付認定や施設等利用費の支給に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
- 子ども・子育て支援法第30条の11第3項の規定に基づき、施設等利用費は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があります。
- 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、申請日に関わらず、子ども・子育て支援法第30条の5第5項の規定に基づき、最長で利用開始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、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。
- 認定希望日現在で、子ども・子育て支援法第7条第10項第4号ハの政令で定める施設（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。

以上のことに同意し、保護者の就労、疾病その他の理由により、幼稚園・認定こども園・特別支援学校（預かり保育事業も利用する（※1））、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の施設等利用給付認定を希望するので、子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づき、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

※1. 預かり保育事業とは、当該幼稚園等が実施する預かり保育事業が、①平日、教育時間を含み提供時間数が8時間未満または②年間開所日数200日未満のいずれかの要件に該当する場合に利用可能な認可外保育施設を含みます。

		認定希望日（施設利用開始日）		年 月 日		
（保 護 者）	フリガナ		申請 子ども との続柄	日中の連絡先 *確実の連絡のとれるところを記入して下さい。		
	氏名	印		父	-	-
				母	-	-
	生年月日	年 月 日	個人番号 (マイナンバー)			
子 ど も	フリガナ		性別	生年月日	年 月 日	
	氏名		男・女	個人番号 (マイナンバー)		
現住所		〒 -				
右記の場合は住所記入		<input type="checkbox"/> 申請保護者と子どもの住所が違う <input type="checkbox"/> 住民登録地が別住所 <input type="checkbox"/> その他 ()		〒 -		
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、利用開始（予定）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"/> 申請子どもは、利用開始（予定）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)				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"/> 市民税所得割非課税に該当	
	該当する□にレ点を付けて下さい。					
保 育 を 必 要 と す る 理 由	(子から見た続柄) 父・母・その他 () <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 休業 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害等 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 復旧 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	(子から見た続柄) 父・母・その他 () <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 休業 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害等 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 復旧 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <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。

今年1月1日現在の住所	(父親)		(母親)	
<input type="checkbox"/> 現住所と同じ				

※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今年1月1日を賦課年度とす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。

同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、上記「認定種別」が（第3号）に該当する場合に、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

（生 計 の 申 請 子 ど も の 番 号 に ○ を 付 け て 下 さい）	フリガナ 氏名	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
			個人番号	年 月 日		
1			個人番号	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
2			個人番号	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
3			個人番号	年 月 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
7			個人番号	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入して下さい>

現在利用している（予定含む）幼稚園を記入して下さい。

フリガナ		所在地	〒 - ()
施設名		利用開始予定日	年 月 日

現在、在園している（予定含む）幼稚園以外で認可外保育施設、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
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

		父親の状況		母親の状況		
就 労	就労種別	<input type="checkbox"/> 正規社員（フルタイム勤務） <input type="checkbox"/> 非正規社員 [パート・アルバイト・嘱託・臨時・契約・派遣] <input type="checkbox"/> 自営業（個人事業主） <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 専従者（家族従業員） <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 正規社員（フルタイム勤務） <input type="checkbox"/> 非正規社員 [パート・アルバイト・嘱託・臨時・契約・派遣] <input type="checkbox"/> 自営業（個人事業主） <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 専従者（家族従業員） <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	事業所名					
	所在地					
	電話番号	() -		() -		
	就労日数	1週間： 日 / 1ヶ月： 日		1週間： 日 / 1ヶ月： 日		
	就労曜日	月・火・水・木・金・土・日・祝日・不定期		月・火・水・木・金・土・日・祝日・不定期		
	労	就労時間	就労時間 時 分 ~ 時 分 (休憩 分)		就労時間 時 分 ~ 時 分 (休憩 分)	
			実労働時間 1日： 時間 分		実労働時間 1日： 時間 分	
			1週間： 時間 分		1週間： 時間 分	
		1ヶ月： 時間 分		1ヶ月： 時間 分		
残業時間	1日： 時 分 ~ 時 分 (時間) 1週： 時間 1ヶ月： 時間		1日： 時 分 ~ 時 分 (時間) 1週： 時間 1ヶ月： 時間			
通勤手段・時間	通勤手段	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	通勤時間	約 時間 分		約 時間 分		
産休・育休	育休： 年 月 日		産休： 年 月 日 育休： 年 月 日			
妊娠・出産 (申請時点)			出産(予定)日 年 月 日			
病気・障害等	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 (週 回) (月 回) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 (週 回) (月 回) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
就学	<input type="checkbox"/> 大学・大学院 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 職業訓練校 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 大学・大学院 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 職業訓練校 <input type="checkbox"/> その他 ()			
介護・看護	介護を受ける方の氏名					
	介護をする方との続柄					
	受診等の状況	<input type="checkbox"/> 同居 (<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所) <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所)		<input type="checkbox"/> 同居 (<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所) <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所)		
災害復旧	<input type="checkbox"/> 震災 <input type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 震災 <input type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他 ()			
求職活動等	<input type="checkbox"/> 内定有 (年 月 日から勤務予定) <input type="checkbox"/> 求職活動中		<input type="checkbox"/> 内定有 (年 月 日から勤務予定) <input type="checkbox"/> 求職活動中			

※添付書類

別添、「保育の必要性」の該当事由及び確認するための書類を参考に提出して下さい。