

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第2号・第3号)

士幌町長 小林 康雄 様

【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その他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・事業者を提供することがあります。
- 施設等利用費は、市区町村が認めた場合は、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59条の2に規定する事業(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、保護者の就労その他の理由により、幼稚園・認定こども園等の預かり保育事業、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(ファミサポ)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項の規定により、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

		認定希望日(施設利用開始日)		年 月 日	
申請者 (窓口来所者)	フリガナ		申請 子ども との続柄	現住所	〒 _____
	氏名		印	現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒 _____
	日中の連絡先(電話番号)		*確実に連絡の取れる順に記入してください。		
	①	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	③
子ども 申請	フリガナ		現住所 申請者と異なる 場合のみ記載	〒 _____	個人番号(マイナンバー)
	氏名		生年月日	年 月 日	
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時時点で満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、認定希望日時時点で満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□にレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 市民税所得割非課税に該当
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。 (子から見た続柄) 父・母・その他() <input 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"/> 求職活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業中 <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"/> 求職活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業中 <input type="checkbox"/> その他()				

※2. 現住所と異なる場合は、前住所地の市町村で発行される本年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)を添付していただく場合があります。

同居者を全員記入してください。個人番号(マイナンバー)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ください。

生計の中心者の番号に○を付けてください	フリガナ	氏名	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
	1			個人番号		<input type="checkbox"/> 有
				大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
	2			個人番号		<input type="checkbox"/> 有
				大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
	3			個人番号		<input type="checkbox"/> 有
				大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
	4			個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			大正 昭和 平成 令和	年 月 日		
5			個人番号		<input type="checkbox"/> 有	
			大正 昭和 平成 令和	年 月 日		
6			個人番号		<input type="checkbox"/> 有	
			大正 昭和 平成 令和	年 月 日		
7			個人番号		<input type="checkbox"/> 有	
			大正 昭和 平成 令和	年 月 日		

<必ず裏面も記入して下さい>

幼稚園・認定こども園等の預かり保育利用の方は記入してください。

フリガナ		所在地	〒 _____ 番 ()
施設名		利用開始予定日	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（ファミサポ）を利用する(予定を含む)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
-----	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・ファミサポ	〒 _____ TEL: _____	年 月 日
-----	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・ファミサポ	〒 _____ TEL: _____	年 月 日
-----	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・ファミサポ	〒 _____ TEL: _____	年 月 日
-----	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・ファミサポ	〒 _____ TEL: _____	年 月 日

保育を必要とする理由に応じて記入してください。

		母親の状況		父親の状況	
就労	就労種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ [<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者] [<input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者] <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他： ()		<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ [<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者] [<input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者] <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他： ()	
	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。
	前年1月1日以降の転職	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。)
妊娠・出産(申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名： _____ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労期間： _____ から ② 就労先名： _____ から ② 就労期間： _____ から	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名： _____ から ② 就労先名： _____ から ② 就労期間： _____ から		
疾病・障害等	(疾病・障害名) _____ (手帳交付) _____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(疾病・障害名) _____ (手帳交付) _____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
介護・看護	被介護者名(傷病・障害名)	(申請子どもとの続柄： _____)		(申請子どもとの続柄： _____)	
	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)	
災害復旧	災害の状況： _____		災害の状況： _____		
求職活動等	活動の内容： _____		活動の内容： _____		
就学	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。
	就学の目的	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	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()	
卒業後の予定	_____ 年 月 日まで (就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 _____ 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月 _____ 日、1日 時間就労	_____ 年 月 日まで (就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 _____ 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月 _____ 日、1日 時間就労			
育児休業	_____ 年 月 日～ _____ 年 月 日		_____ 年 月 日～ _____ 年 月 日		
その他	保育を行うことが困難と認められる内容		保育を行うことが困難と認められる内容		

(添付書類)

- ・ 保育を必要とする理由を証明する書類(勤務証明書など)
- ・ 認可外保育施設を利用する方は、保育所等利用 **申込み** 等の不実施に係る理由書
- ・ その他必要と認める書類