

第2号様式

施設等利用給付認定申請書

令和 年 月 日

尾張旭市長 殿

申請者氏名

【同意事項】

1. 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。

2. 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・事業者を提供すること。

3. 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ること。

4. 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ること。

5. 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。

6. 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ないこと。

7. 幼児教育・保育無償化に伴う必要な情報を個人番号により確認すること。

以上のことに同意し、次のとおり申請します。

|      |                                                                                                                                                                                                                                 |         |                      |          |    |              |      |             |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|----------|----|--------------|------|-------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                 |         |                      | 認定希望日    |    | 令和 年 月 日     |      |             |
| 保護者  | フリガナ                                                                                                                                                                                                                            |         | 申請する児童との続柄           |          | 住所 | 〒            |      |             |
|      | 氏名                                                                                                                                                                                                                              |         |                      |          |    |              |      |             |
|      | 日中の連絡先（電話番号）＊連絡の取りやすい順に記入してください。                                                                                                                                                                                                |         |                      |          |    |              | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
|      | ①                                                                                                                                                                                                                               | 父携帯・母携帯 | ②                    | 父携帯・母携帯  |    |              |      |             |
|      | <div><div><input type="checkbox"/>新1号認定（施設等利用給付1号認定）</div><div><input type="checkbox"/>新2号認定（施設等利用給付2号認定）</div><div><input type="checkbox"/>新3号認定（施設等利用給付3号認定）</div></div> <div>】 保育の必要性がある方</div> <div>(※ 新3号認定は非課税世帯のみ)</div> |         |                      |          |    |              |      |             |
| 申請児童 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                            |         | 現住所<br>保護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                 | 令和 年 月 日 |    |              |      |             |

幼稚園・認可外保育施設・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む)方は記入してください。

|      |  |     |   |
|------|--|-----|---|
| フリガナ |  | 所在地 | 市 |
| 施設名  |  |     |   |

世帯員を全員（単身赴任者等も含む。）記入してください（申請する子ども本人は除く）

|       |   |            |            |                |       |  |          |
|-------|---|------------|------------|----------------|-------|--|----------|
| 家族の状況 |   | フリガナ<br>氏名 | 申請する児童との続柄 | 生年月日           |       |  | 職業又は学校名等 |
|       | 1 |            |            | 大正 昭和<br>平成 令和 | 年 月 日 |  |          |
|       | 2 |            |            | 大正 昭和<br>平成 令和 | 年 月 日 |  |          |
|       | 3 |            |            | 大正 昭和<br>平成 令和 | 年 月 日 |  |          |
|       | 4 |            |            | 大正 昭和<br>平成 令和 | 年 月 日 |  |          |
|       | 5 |            |            | 大正 昭和<br>平成 令和 | 年 月 日 |  |          |
|       | 6 |            |            | 大正 昭和<br>平成 令和 | 年 月 日 |  |          |

(裏)

＜新 2・3 号認定を希望される方のみ記入＞

預かり保育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)方は記入してください。

| フリガナ<br>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<br>病児保育・ファミサポ | 〒 ー<br>電話 ー ー | 年 月 日   |
|             |                           |               |         |
|             | 認可外 ・ 一時預かり<br>病児保育・ファミサポ | 〒 ー<br>電話 ー ー | 年 月 日   |
|             |                           |               |         |
|             | 認可外 ・ 一時預かり<br>病児保育・ファミサポ | 〒 ー<br>電話 ー ー | 年 月 日   |
|             |                           |               |         |

保育を必要とする理由を記入してください。（※書類添付必要）

|                       |        | 続柄                                                                                                                             | 該当する□にレ点を付けて下さい。                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                |                                                       |                                                       |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 保育を必要とする理由            |        |                                                                                                                                | <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"/> 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"/> その他（ ） |  |  |  |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                |                                                       |                                                       |  |  |  |  |  |
|                       |        |                                                                                                                                | 父親の状況                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  | 母親の状況                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                                       |                                                       |  |  |  |  |  |
| 就<br>勞                | 就業種別   |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 外勤<br><input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 経営者<br><input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 専従者                                                             |  |  |  | <input type="checkbox"/> 外勤<br><input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 経営者<br><input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 専従者 |                                                                                                                                |                                                       |                                                       |  |  |  |  |  |
|                       |        |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 内職                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  | <input type="checkbox"/> 内職                                                                                                                                                         |                                                                                                                                |                                                       |                                                       |  |  |  |  |  |
|                       | 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（ ）<br>※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。                                                                                                                                                                                             |  |  |  |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                | 通勤手段                                                  | 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ）<br>※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。   |  |  |  |  |  |
| 通勤時間                  |        | 約                                  分 （往復時間を記入してください。）                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                     | 通勤時間                                                                                                                           | 約                                  分 （往復時間を記入してください。） |                                                       |  |  |  |  |  |
| 妊娠・出産（予定）             |        |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                     | (予定日)                                  年                  月                  日                                                 |                                                       |                                                       |  |  |  |  |  |
| 育児休業                  |        | 育児休業期間<br>年    月    日 ～                  年    月    日                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                     | 育児休業期間<br>年    月    日 ～                  年    月    日                                                                           |                                                       |                                                       |  |  |  |  |  |
| 疾病・障害等                |        | (疾病・障がい名)                                                  (手帳交付)<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無     |                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                     | (疾病・障がい名)                                                  (手帳交付)<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無     |                                                       |                                                       |  |  |  |  |  |
| 介<br>護<br>・<br>看<br>護 | 被介護者名  | (申請する児童との続柄： )                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                     | (申請する児童との続柄： )                                                                                                                 |                                                       |                                                       |  |  |  |  |  |
|                       | 傷病・障害名 |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                |                                                       |                                                       |  |  |  |  |  |
|                       | 受診等の状況 | <input type="checkbox"/> 入院中    通院(月・週                  回)<br><input type="checkbox"/> 通所・通学 (週                  回)<br>施設名 ( ) |                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 入院中    通院(月・週                  回)<br><input type="checkbox"/> 通所・通学 (週                  回)<br>施設名 ( ) |                                                       |                                                       |  |  |  |  |  |
| 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<br>學                | 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（ ）<br>※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。                                                                                                                                                                                             |  |  |  |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                | 通学手段                                                  | 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ）<br>※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。   |  |  |  |  |  |
|                       |        | 通学時間                                                                                                                           | 約                                  分 （往復時間を記入してください。）                                                                                                                                                                                           |  |  |  |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                | 通学時間                                                  | 約                                  分 （往復時間を記入してください。） |  |  |  |  |  |
|                       | 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                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                     | 保育を行うことが困難と認められる内容                                                                                                             |                                                       |                                                       |  |  |  |  |  |