

施設等利用給付認定申請書

尾張旭市長 殿

【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。
- 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に同意します。

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（※））、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。

※ 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（施設での認定利用開始日）		令和 年 月 日	
保護者	フリガナ		申請する子どもとの続柄	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下さい。				生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
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（ ）				
認定種別	<input type="checkbox"/> 新1号認定（施設等利用給付1号認定） <input type="checkbox"/> 新2号認定（施設等利用給付2号認定） <input type="checkbox"/> 新3号認定（施設等利用給付3号認定） （市町村民税非課税世帯に限る）				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		
申請する子ども	フリガナ		現住所 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	平成 令和 年 月 日			

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		所在地	市 () 区)
施設名	() 組)	利用開始(予定)日 ※入園日又は入園予定日を記入	令和 年 月 日

同居者を全員（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	申請する子どもとの続柄	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
	氏名				
1			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
2			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
3			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
4			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

○字は楷書ではっきりと書いてください。消せるボールペンや鉛筆での記入はお控えください。

＜新2・3号を希望される方は必ず裏面も記入して下さい＞

〈新2・3号認定を希望される方のみ記入してください。〉

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・ファミサポ	〒	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・ファミサポ	〒 -	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下さい。

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"/> 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"/> その他 ()
父親の状況		母親の状況
就労	就労 種別	<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 経営者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 専従者 <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 ⇒ (予定日) 年 月 日
育児休業	育児休業期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	育児休業期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
疾病・障害 等	(疾病・障がい名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(疾病・障がい名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
介護・ 看護	被介護者名	(申請する子どもとの続柄:)
	傷病・障害名	
	受診等 の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 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。 通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)
	期間	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

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

1 就労 (予定を含む)	就労証明書(代表者または記入担当者が記入) ※必要に応じて添付書類が必要(内職の方、シフト制の方等)
自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合	就労証明書、自営の証明書類の写し(確定申告書、開業届等)
2 出産(予定日2か月前の初日から出産日2か月後の末日に該当)	母子健康手帳の写し(表紙と出産予定日が記載されているページ)
3 育児休業	就労証明書(代表者または記入担当者が記入)、産休・育児休業証明書
4 就学	在学証明書、カリキュラム表または時間割表(入学予定の場合は合格通知等)
5 保護者の疾病	診断書
6 保護者の障がい	障害による手帳等の交付を受けている方…身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し 交付を受けていない方…診断書
7 保護者が介護している方	介護状況申告書、介護スケジュール表、介護が必要であることがわかる書類(診断書、介護保険証の写し等)
8 保護者が求職中の方	求職活動申立書、ハローワーク登録カードの写し