

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1号・2号・3号)

淡路市長 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、幼稚園・認定こども園・特別支援学校(預かり保育事業を含む。)、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。

				認定希望日(施設利用開始日)		令和元年9月2日		
保護者	フリガナ	アワジ ハル	申請子どもとの続柄	居住地	〒 656 - 2292 淡路市生穂新島〇〇番地			
	氏名	淡路 春		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下さい。				生年月日	平成2年8月8日		
	①	090-00-0000	父携帯・母携帯 自宅・その他( )	②	080-0000-0000	父携帯・母携帯 自宅・その他( )	個人番号(マイナンバー)	
申請子ども	フリガナ	アワジ アキ	現住所 申請者と異なる場合のみ記載	〒	-			
	氏名	淡路 秋	生年月日	平成27年10月10日				
認定種別	該当する□にシ点を付けて下さい。						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□にシ点を付けて下さい。	
	<input type="checkbox"/> (第1号)幼稚園等の教育部分のみを希望する(預かり保育事業は利用しない) <input checked="" type="checkbox"/> 保護者の就労等の事由により、幼稚園等の預かり保育事業や認可外保育施設等を利用する <input checked="" type="checkbox"/> (第2号)保育を希望し、認定を希望する年度の4月1日時点で満3歳以上である <input type="checkbox"/> (第3号)保育を希望し、認定を希望する年度の4月1日時点で満3歳未満である						<input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当	

●利用施設・事業名をご記入ください。(予定含む)

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部			
フリガナ		所在地	〒 - Tel ( )
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
〇〇ニカガイホイクエン 〇〇認可外保育園	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 656 - 2292 淡路市生穂新島〇〇〇番地 TEL:0799-11-1111	令和元年10月1日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日

\*\*\*\*\* 以下「認定種別」欄で「第2号」「第3号」にチェックを入れた方のみ記入してください。 \*\*\*\*\*

●保育を必要とする理由についてご記入ください。(詳細については、裏面にご記入ください。)

保育を必要とする理由	該当する□にシ点を付けて下さい。									
	(子から見た続柄) 父(母) その他( )	<input checked="" 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 checked="" 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( )	
認定希望日の 属する年の1月1日現在の住所 ※1	(母親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ				(父親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ			
認定希望日の 前年1月1日現在の住所 ※2	(母親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ				(父親)	〇〇市〇〇1丁目1番1号 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ			

※1,2. 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当年(または前年)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。

<必ず裏面も記入して下さい>

●申請こども以外の世帯員についてご記入ください。

申請こどもの番号に○を付けて下さい(生計)	フリガナ氏名	申請こどもの続柄	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
	1	アワジ ハル 淡路 春	父	個人番号 昭和 2年 8月 8日 平成	〇〇商事株式会社
2	アワジ ナツ 淡路 夏	母	個人番号 昭和 2年 9月 9日 平成	〇〇株式会社	<input type="checkbox"/> 有
3			個人番号 年 月 日 大正 昭和 平成 令和		<input type="checkbox"/> 有
4			個人番号 年 月 日 大正 昭和 平成 令和		<input type="checkbox"/> 有
5			個人番号 年 月 日 大正 昭和 平成 令和		<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号 年 月 日 大正 昭和 平成 令和		<input type="checkbox"/> 有
7			個人番号 年 月 日 大正 昭和 平成 令和		<input type="checkbox"/> 有

●保育を必要とする理由について、詳しくご記入ください。

		母親の状況	父親の状況
就 労	就労種別	<input checked="" 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 checked="" 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・ <u>自動車</u> ・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 30 分 (往復時間を記入して下さい。)	通勤手段 徒歩・自転車・バス・ <u>自動車</u> ・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 90 分 (往復時間を記入して下さい。)
	前年1月1日以降の転職	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: から 就労期間: から ② 就労先名: から 就労期間: から	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: から 就労期間: から ② 就労先名: から 就労期間: から
妊娠・出産(申請時点)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日		
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	(申請子どもとの続柄: )	(申請子どもとの続柄: )
	傷病・障害名		
災 害 復 旧	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( )	<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。)	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。)
	就学の目的	<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( )
	期間	年 月 日まで	年 月 日まで
	卒業後の予定	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労
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 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

1	居宅外で就労されている方 (予定を含む) 自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合	勤務(内定)証明書 就労申立書、民生委員・児童委員の状況確認書
2	妊娠・出産(出産予定日2カ月前から出産後6カ月までの方)	母子健康手帳の写し(氏名と出産予定日が記載されているページ)
3	保護者の疾病・障害	申立書、診断書または身体障害者手帳等の写し
4	親族の介護・看護	申立書、診断書または身体障害者手帳等の写し
5	災害復旧	申立書、罹災証明書
6	求職活動	求職活動申立書
7	就学	在学証明書または学生証の写し、時間割表 等
8	認可外保育施設の利用を希望される方	申立書