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)

年　月　日

(宛先) 幸田町長

【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があります。

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・事業者に提供することがあります。

3　施設等利用費は、町が認めた場合は、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。

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、申請日にかかわらず、子ども・子育て支援法第３０条の５第５項の規定により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。

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があります。

6　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、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数が８時間未満又は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	
申請者(窓口来庁所者)	フリガナ		申請子どもとの続柄		現住所	〒
	氏名				現住所が町外の場合町内転入後の住所	〒
	日中の連絡先（確実に連絡が付く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	父携帯　・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他(　　)
申請子ども	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	□　申請子どもは、認定希望日時点で満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) □　申請子どもは、認定希望日時点で満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、□にレ点を付けてください。 □ 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□にレ点を付けてください。				
	子から見た続柄 父・母・その他（　　）	□ 就労	□ 妊娠出産	□ 疾病障害等	□ 介護看護	□ 災害復旧
		□ 求職活動等	□ 就学	□ その他（　　）		
	子から見た続柄 父・母・その他（　　）	□ 就労	□ 妊娠出産	□ 疾病障害等	□ 介護看護	□ 災害復旧
		□ 求職活動等	□ 就学	□ その他（　　）		

認定希望日の前年１月１日現在の住所	母親	□ 現住所と同じ	父親	□ 現住所と同じ
認定希望日の前々年１月１日現在の住所	母親	□ 現住所と同じ	父親	□ 現住所と同じ

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。)

申請子どもの保護者及び同居者(生計の中心者の番号に○を付けてください。)		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
	1			個人番号 昭和・平成・令和　年　月　日		□ 有
	2			個人番号 昭和・平成・令和　年　月　日		□ 有
	3			個人番号 昭和・平成・令和　年　月　日		□ 有
	4			個人番号 昭和・平成・令和　年　月　日		□ 有
	5			個人番号 昭和・平成・令和　年　月　日		□ 有
	6			個人番号 昭和・平成・令和　年　月　日		□ 有
	7			個人番号 昭和・平成・令和　年　月　日		□ 有

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する（予定を含む。）方は記入してください。

フリガナ		所在地	〒　　－　　電話：
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を利用する（予定を含む。）方は記入してください。

施設名（フリガナ）	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	〒　　－　　電話：	年　月　日
	認可外　・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒　　－　　電話：	年　月　日
	認可外　・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒　　－　　電話：	年　月　日
	認可外　・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒　　－　　電話：	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	□居宅外労働　□内職 □自営〔□自宅　□自宅以外　□中心者　□協力者〕 □その他（　　）		□居宅外労働　□内職 □自営〔□自宅　□自宅以外　□中心者　□協力者〕 □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（　　） ※該当するもの全てに○を付けてください。	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（　　） ※該当するもの全てに○を付けてください。
		通勤時間	往復約　　分	通勤時間	往復約　　分
	前年1月1日以降の転職	□無　□有 ⇒ ①就労先名： 就労期間：　　から ②就労先名： 就労期間：　　から		□無　□有 ⇒ ①就労先名： 就労期間：　　から ②就労先名： 就労期間：　　から	
妊娠・出産（申請時点）		□無 □有（予定日　　年　月　日）			
疾病・障害等		（疾病・障害名）　　（手帳交付） □ 無　□有		（疾病・障害名）　　（手帳交付） □ 無　□有	
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：　　）	
	疾病・障害名				
	受診等の状況	□入院中　（通院　月・週　　回）		□入院中　（通院　月・週　　回）	
		□通所　（週　　回） 施設名（　　）		□通所　（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（　　） ※該当するその全てに○を付けてください。	通学手段	徒歩・自転車・バス自動車・電車・その他（　　） ※該当するその全てに○を付けてください。
		通学時間	往復約　　分	通学時間	往復約　　分
	就学の目的	□卒業後就労するため　□その他（　　）		□卒業後就労するため　□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）□ 週・月　　日、1日　　時間		（就労日数・時間）□ 週・月　　日、1日　　時間	
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	