

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書

年 月 日

保護者氏名



(宛先) 湯梨浜町長

【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。
- 認定事務が集中し審査等に日時を要する場合は、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。
- 施設の利用開始予定日現在で、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、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

保護者	フリガナ		申請子どもとの続柄	居住地	〒	—
	氏名			居住地が町外の場合 町内転入後の住所	〒	
	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	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（ ）	個人番号 (マイナンバー)	
子ども申請	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		年 月 日	

施設の利用開始予定日の 当年1月1日現在の住所 ※1	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
施設の利用開始予定日の 前年1月1日現在の住所 ※2	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<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(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。

①同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

ひとり親世帯等の有無	非該当 ・ 該当 (□ひとり親世帯 □在宅障害児(者)のいる世帯)			
生活保護受給の有無	非該当 ・ 該当			
(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	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
	1		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
	2		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
	3		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
	4		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
	5		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
	6		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
	7		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	

<必ず裏面も記入して下さい>

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで		
認定区分	<input type="checkbox"/> 新制度未移行幼稚園、国立大学付属幼稚園、特別支援学校幼稚部のみを利用する （預かり保育（※）は利用しない） ※幼稚園等が実施する預かり保育事業が次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む。 ①平日の提供時間が8時間未満（教育時間を含む） ②年間開所日数200日未満		1号
	<input type="checkbox"/> 保護者の就労等の事由により、認定こども園等の預かり保育や認可外保育施設等（※）を利用する ※「認可外保育施設等」とは、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、ファミリー・サポートセンター事業をいいます。		2号
	<input type="checkbox"/> 認定希望日が属する年度の4月1日時点で満3歳以上である <input type="checkbox"/> 認定希望日が属する年度の4月1日時点で満3歳未満であり、市町村民税非課税世帯に該当する。		3号
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
	幼稚園 ・ 預かり保育 認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ ファミサポ	〒 - TEL: - -	年 月 日
	幼稚園 ・ 預かり保育 認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ ファミサポ	〒 - TEL: - -	年 月 日
	幼稚園 ・ 預かり保育 認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ ファミサポ	〒 - TEL: - -	年 月 日
認可保育施設申込 （年度分）	<input type="checkbox"/> 有（ 月入所から申込中）		
	<input type="checkbox"/> 無 <u>認可保育施設の申込を行っていない主な理由にチェックしてください。</u> <input type="checkbox"/> 既に利用している認可外保育施設を継続して利用するため <input type="checkbox"/> 利用を希望する時間帯の保育が行われていないため <input type="checkbox"/> 自宅や職場から遠いなど地理的な希望に合っていないため <input type="checkbox"/> その他（ ）		

③保育の利用を必要とする理由等 ※②の2号又は3号の認定を希望する方のみ記入してください。

続柄	必要とする理由	具体的な状況（勤務先・勤務時間・日数等や疾病の状況など）
父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ）	