

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・第2号・第3号)

年 月 日

加美町長 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・事業者を提供することがあります。
- 施設等利用費は、市区町村が認めた場合は、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。
- 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(※1))、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。

※1. 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(施設利用開始日)		年 月 日					
(窓口申請者)	フリガナ	氏名	印	申請子どもとの続柄	〒				
	〒			〒					
	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。						
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()				
子ども申請	フリガナ	氏名	現住所	〒					
	〒		〒	平成・令和 年 月 日					
認定種別	<input type="checkbox"/> ①3歳以上で幼児教育のみを利用(第1号)※本申請書のみ提出となります。 <input type="checkbox"/> ②3歳以上で幼児教育と預かり保育を利用(第2号)※裏面記載の該当する添付書類が必要です。 <input type="checkbox"/> ③3歳未満で認可外保育所を利用(第3号)※裏面記載の該当する添付書類が必要です。				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□にレ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 市民税所得割非課税に該当				
	上記 認定種別が②又は③に該当する場合 下記の該当する□にレ点を付けて下さい。								
	保育を必要とする理由	(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
	(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()
認定希望日の前年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				

※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。

利用する施設を記入して下さい。

フリガナ	所在地	〒	〒	()
施設名	利用開始予定日	年 月 日		

同居者を全員記入して下さい。

(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	要介護認定又は障害者手帳
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
7			大正・昭和 平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

<認定種別②又は③を希望の方は必ず裏面も記入して下さい>

