

## 子育てのための施設等利用給付認定申請書

宇美町長 殿

次のとおり保護者の就労、疾病その他の理由により、幼稚園・認定子ども園・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。

【申請にあたって同意していただく事項】	
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・事業者へ提供することがあります。
3.	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。
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。
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。

※1. 預かり保育事業・・・在園する幼稚園が実施する預かり保育事業が、教育時間を含む平日の提供時間数が8時間未満または年間開所日数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。

保護者	フリガナ		申請 子ども との続柄	住所	〒	—
	氏名	印				
	生年月日	年	月	日	個人番号 (マイナンバー)	
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	—	—	自宅・父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 その他( )	②	—
					自宅・父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 その他( )	
申請 子ども	フリガナ		現住所	〒	—	
	氏名		申請者と異なる場合 のみ記載			
	生年月日	年	月	日	個人番号 (マイナンバー)	
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時時点で満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) <input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時時点で満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、市町村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"/> 市町村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□にレ点を付けて下さい。					
	(子から見た続柄)	父	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい等 <input type="checkbox"/> その他( )
	(子から見た続柄)	父	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい等 <input type="checkbox"/> その他( )

※上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合は、令和2年1月1日に居住していた市区町村から発行される「令和2年度市町村民税非課税証明書」を提出してください。

<必ず裏面も記入して下さい>

受付印

※同居者を全員記入して下さい。

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
		年	月		
1		年	月	日	□有
		個人番号			
2		年	月	日	□有
		個人番号			
3		年	月	日	□有
		個人番号			
4		年	月	日	□有
		個人番号			
5		年	月	日	□有
		個人番号			
6		年	月	日	□有
		個人番号			
7		年	月	日	□有
		個人番号			

全計の申請子どもの番号に○を付けて下さい

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・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
	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

施設等利用給付認定(2号・3号)の申請理由 ※主な理由の一つにチェックを入れてください。

認可保育所等の申込を行っているが入所保留となっているため  
 既に利用している認可外保育施設等を継続利用するため  
 利用を希望する時間帯の保育が行われていないため  
 (希望する保育時間: 時～ 時)  
 利用可能な保育所等は、自宅や職場から遠いなど地理的希求に合っていないため  
 その他  
 ( )