

年 月 日

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2号・第3号)

(宛先)久米島町長

【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。
- 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。
- 申請内容に変更があった場合は、速やかに届出してください。

以上のことに同意し、幼稚園(子どものための教育・保育給付の対象ではない私立幼稚園や国立大学附属幼稚園)、特別支援学校幼稚部の施設等利用給付認定を希望(幼稚園や特別支援学校の預かり保育事業(※1)は利用しない)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 来 者 者 )	ふりがな		申請 子ども との続柄	現住所	〒 _____	
	氏名	印		現住所が町外の場合 市内転入後の住所	〒 _____	
	日中の連絡先(電話番号)			※確実に連絡のとれる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( )
子 ど も 申 請	ふりがな		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	(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"/> その他 ( )	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□にレ点付けてください。 <input type="checkbox"/> 市民税初等割非課税に該当
	(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"/> その他 ( )	

認定希望日の 前年1月1日現在の住所	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input 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	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

同居者を全員記入してください。(対象児以外)

(生 計 中 心 者 の 番 号 に ○ を つ け て く だ さ い )		ふりがな 氏名	申請子ども との続柄	生年月日	就労・通学・通園先 または単身赴任先	要介護認定又 は障害者手帳
	1			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	2			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	3			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	4			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	5			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	6			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	7			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

《裏面も必ず記入してください》

利用(予定含む)する幼稚園(子供のための教育・保育給付の対象ではない私立幼稚園や国立大学付属幼稚園)、特別支援学校幼稚部を記入してください。

ふりがな	ようちえん	所在地	〒	-	TEL	-	-
施設名	幼稚園	利用開始予定日		年	月	日	

認可外施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動兩年事業を利用する(予定を含む)方は記入してください。

ふりがな 施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始予定
	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

保育を必要とする理由にチェックしてください。理由に応じ、書類を添付してください。※指定様式があります。

事由		母親の状況	父親の状況
就 労 種 別	就労	<input 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"/> 自宅外 <input type="checkbox"/> 協力者	<input 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"/> 自宅外 <input type="checkbox"/> 協力者
	前年1月1日以降の転職	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名： ~ 就労期間： ~ ② 就労先名： ~ 就労期間： ~	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名： ~ 就労期間： ~ ② 就労先名： ~ 就労期間： ~
妊娠・出産 (申請時点)	<input 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		
受診等の 状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院 (月・週 回)	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院 (月・週 回)	
	<input type="checkbox"/> 通所・通学 (週 回) 施設名 ( )	<input type="checkbox"/> 通所・通学 (週 回) 施設名 ( )	

【確認事項】 保育を必要とする理由に応じて、書類を添付してください。

理由	添付書類	チェック
<input type="checkbox"/> 会社で常勤やパートなどで就労している方 (育児休業・就労内定を含む)	勤務証明書 ※指定様式	
<input type="checkbox"/> 自営(協力者含む)の方	自営業 ※指定様式 ※民生委員または区長からの承認が必要です。	
<input type="checkbox"/> 出産前2か月・後6か月に限る)	母子手帳の写し(内容が確認できるページ)	
<input type="checkbox"/> 病気の方	診断書(保護者用)	
<input type="checkbox"/> 障害をお持ちの方	身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、障害基礎年金証書の写し	
<input type="checkbox"/> 介護・看護にあたっての方	診断書(原本)又は介護保険被保険者証の写し	