

子育てのための施設等利用給付認定申請書

(宛先) 三郷町長 様 提出日 年 月 日

【提出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。

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）、特別支援学校幼稚園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は利用しない）又は保護者の就労、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。

① 申請保護者および申請子ども情報

認定希望日（施設等利用開始日）		年 月 日	
申請保護者	フリガナ	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。	
	氏名	①	②
	現住所	〒 三郷町	
	生年月日	年 月 日	個人番号（マイナンバー）
子ども申請	フリガナ	フリガナ	
	氏名	施設名	幼稚園
	生年月日	年 月 日	個人番号（マイナンバー）
	現住所	〒 保護者と異なる場合のみ記入	
認定種別を下す	保育の希望なし		
	<input type="checkbox"/> 新1号認定【幼稚園等（※1）の利用】 ⇒ 記入終了です。		
	保育の希望あり…幼稚園等及び認定こども園等（※2）での預かり保育事業（※3）や認可外保育園等（※4）での保育を希望		
	<input type="checkbox"/> 新2号認定（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） ⇒ ②～⑥の記載及び添付書類が必要です。		
<input type="checkbox"/> 新3号認定（市町村民税非課税世帯に該当し、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） ⇒ ②～⑥の記載及び添付書類が必要です。			

※1「幼稚園等」とは、新制度未移行の私立幼稚園や国立大学付属幼稚園、特別支援学校幼稚園部をいいます。

※2「認定こども園等」とは、認定こども園及び新制度移行済幼稚園をいいます。

※3「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。

※4「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、子育て援助活動支援事業のことをいいます。

字は楷書（かいしよ）ではっきりと記入してください。記名押印に代え署名することができます。

新2・3号認定の方は下記の記入及び必要書類の添付が必要です。

②保育を必要とする理由

保育を必要とする理由（新2・3号）	該当する□にレ点を付けて下さい。									
	(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"/> 疾病障がい等	<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（ ）	
	(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"/> 疾病障がい等	<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（ ）		

③上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

認定希望日の前々年1月1日現在の住所 ※5	父・母その他（ ）	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	父・母その他（ ）	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の前々年1月1日現在の住所 ※6	父・母その他（ ）	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	父・母その他（ ）	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

※5・6 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（前前年）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。

新2・3号認定の方は②～⑥の記入・必要書類添付が必須です。

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

※個人番号欄は、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下さい。

⑤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	〒 ー ー TEL: ー ー	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 ー ー TEL: ー ー	年 月 日

⑥保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

就 労	就労種別	母親の状況		父親の状況	
		<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"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()		<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"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 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 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通勤手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	
		前年1月1日以降の転職	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: ① 就労期間: から 就労先名: ② 就労期間: から	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: ① 就労期間: から 就労先名: ② 就労期間: から	
妊娠・出産(申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日				
疾病・障がい等	(疾病・障がい名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(疾病・障がい名) (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:)			
	傷病・障がい名				
受診等の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回)	<input type="checkbox"/> 入院中 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 ()			
災害復旧	災害の状況:				
求職活動等	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 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。	通学手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。		
		通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)		
	就学の目的	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()			
	期間	年 月 日まで			
卒業後の予定	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月			
その他	保育を行うことが困難と認められる内容				

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

保育の必要な事由	添付書類
1 就労(1ヵ月48時間以上)	就労(内定)証明書【会社員】 就労状況申告書及び営業内容が分かる確定申告書【自営業】
2 妊娠・出産(出産前4週間・後8週間に限る)	母子健康手帳の写し(予定日がわかるもの)
3 疾病・障がい	疾病・障がい状況申請書及び診断書
4 同居又は長期入院等をしている親族の介護・看護	介護・看護の申告書及び診断書等
5 災害復旧	罹災証明書等
6 求職活動・企業活動	求職活動支援機関利用証明書
7 修学	在学証明書又は職業訓練期間と授業カリキュラムがわかる書類
8 児童虐待・DVの恐れがある	こども家庭相談センター等からの意見書
9 育児休業取得時、既に保育を利用している児童がおり継続利用が必要で出産後1年以内に復職する場合	復職予定証明書
10 その他上記に類する状態にあると町長が認める場合	必要に応じて詳細書類等を添付