

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書

袖ヶ浦市長 粕谷 智浩 様

- 【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条の規定により、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第3項の規定により、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項の規定により、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、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(※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項の規定により、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

※1. 預かり保育事業には、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等を含みます。

保護者	フリガナ		申請 子ども との続柄	居住地	〒	—	
	氏名			現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒		
	日中の連絡先（電話番号）*確実に連絡の取れる順に記入してください。			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 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	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時時点で満3歳に達しており、保育の必要がない(第1号)	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□にレ点を付けてください。
	<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日を経過しており、保育の必要がある(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日までの間にあり、保育の必要がある(第3号)	<input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けてください。	
	(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 () (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 ()	

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入してください。

認定希望日の 当年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
認定希望日の 前年1月1日現在の住所 ※3	(母親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ

※2, 3. 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)を添付してください。

同居者を全員記入してください。

ひとり親世帯等の有無	非該当	・	該当		
生活保護受給の有無	非該当	・	該当		
(生計の中心者の番号に○を付けてください)	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		個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		
	2		個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		
	3		個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		
	4		個人番号		<input type="checkbox"/> 有
		年 月 日			
5		個人番号		<input type="checkbox"/> 有	
		年 月 日			
6		個人番号		<input type="checkbox"/> 有	
		年 月 日			
7		個人番号		<input type="checkbox"/> 有	
		年 月 日			

<必ず裏面も記入してください>

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む)方は記入してください。

フリガナ		所在地	〒 _____ 市 _____ 区 _____ ()
施設名		利用開始予定日	_____ 年 _____ 月 _____ 日

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、預かり保育事業を利用する(予定含む)方は記入してください。

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 預かり保育事業	〒 _____ 市 _____ 区 _____ TEL: _____ - _____	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動 預かり保育事業	〒 _____ 市 _____ 区 _____ TEL: _____ - _____	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動 預かり保育事業	〒 _____ 市 _____ 区 _____ TEL: _____ - _____	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動 預かり保育事業	〒 _____ 市 _____ 区 _____ TEL: _____ - _____	_____ 年 _____ 月 _____ 日

保育を必要とする理由に応じて記入してください。

		母親の状況		父親の状況	
就労	就労種別	<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○をつけてください。 通勤時間 約 _____ 分 (往復時間を記入してください。)	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○をつけてください。 通勤時間 約 _____ 分 (往復時間を記入してください。)		
	前年1月1日以降の転職	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: _____ から 就労期間: _____ から ② 就労先名: _____ から 就労期間: _____ から	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: _____ から 就労期間: _____ から ② 就労先名: _____ から 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 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: _____		災害の状況: _____		
求職活動等	<input type="checkbox"/> 求職活動中		<input type="checkbox"/> 求職活動中		
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○をつけてください。 通学時間 約 _____ 分 (往復時間を記入してください。)	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○をつけてください。 通学時間 約 _____ 分 (往復時間を記入してください。)		
	就学の目的	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 (_____)		<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		_____ 年 _____ 月 _____ 日まで	
	卒業後の予定	(就労日数・時間) _____ 週 _____ 日、1日 _____ 時間就労 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月		(就労日数・時間) _____ 週 _____ 日、1日 _____ 時間就労 <input type="checkbox"/> 週 <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		保育を行うことが困難と認められる内容		

私立幼稚園(新制度移行園を除く)、国立大学附属幼稚園及び特別支援学校幼稚部利用の場合のみ以下を記入

【副食費補足給付申請における承諾】

私は、子育てのための施設等利用給付認定申請および副食費補足給付申請を行うにあたり、袖ヶ浦市が副食費免除対象者について確認するため必要な世帯の住民基本台帳情報・市民税情報・個人番号(マイナンバー)及び生活保護の受給状況を確認すること、また、その情報に基づき決定した副食費免除対象情報について必要に応じ特定子ども・子育て支援施設等へ提供することについて承諾します。

保護者氏名: _____ 父母以外の家計の主宰者: _____

配偶者氏名 _____