

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書 (新2号・新3号)

受付印

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_  
 保 護 者 名 \_\_\_\_\_  
 ( 世 帯 主 ) \_\_\_\_\_  
 自 宅 電 話 \_\_\_\_\_  
 父 携 帯 \_\_\_\_\_  
 母 携 帯 \_\_\_\_\_

三股町長 様

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 子ども	フリガナ					生年月日	認定希望日の当年度 4月1日時点の年齢	性別	障害者手帳
	氏名					年 月 日	歳	男・女	有・無
個人 番号									

※認定番号については町が記入します。

該当する「認定種別」にチェックを入れて下さい。

認定 種別	保育を必要とする 要件あり	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している (新2号)
		<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある (新3号)
上記で新3号に該当し、市町村民税非課税世帯に該当する場合は、左の <input type="checkbox"/> にレ点を付けて下さい。		<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税に該当

上記「認定種別」が(新3号)に該当する場合に記入して下さい。

認定希望日の 当年度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 前年度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前年(前々年)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(所得課税証明書など)を添付して下さい。

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚園部を利用する(予定を含む)方は記入して下さい。

フリガナ	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を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

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

償還払いの際の振込先を記入して下さい。※通帳または、キャッシュカード等のコピーを添付して下さい。

振込先 金融機関	銀行				本店				口座名義(カタカナ)			
	農協				支店							
信用金庫				出張所								
銀行コード				支店コード				口座番号				

<必ず裏面も記入して下さい>

同居者を全員記入して下さい。

申請子どもの保護者及び同居者 (本人以外)	1	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					
		年 月 日									
	2	父	個人番号(マイナンバー)						障害 手帳	有・無	
			年 月 日								
	3	母	個人番号(マイナンバー)						障害 手帳	有・無	
			年 月 日								
	4	父	個人番号(マイナンバー)						障害 手帳	有・無	
			年 月 日								
	5	母	個人番号(マイナンバー)						障害 手帳	有・無	
			年 月 日								
	6	父	個人番号(マイナンバー)						障害 手帳	有・無	
			年 月 日								
生活保護の状況			<input type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 適用有り( 年 月 日)								
ひとり親世帯			<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他( ) 事由発生日 年 月 日 児童扶養手当の受給 無・有								
在宅障がい者が所持している手帳等			<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金								

保育を必要とする理由を次のうちから選択して下さい。

保育を必要とする理由	父	<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( )
	母	<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( )

祖父母の状況を記入して下さい。

父方	住所(同居の場合は同上と記入)	氏名	祖父	別居・同居(就労・無職)
			祖母	別居・同居(就労・無職)
母方	住所(同居の場合は同上と記入)	氏名	祖父	別居・同居(就労・無職)
			祖母	別居・同居(就労・無職)

【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・事業者へ提供することがあります。
- 子ども・子育て支援法第30条の1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。
- 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。

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。

※以下記入しないで下さい。

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人カード <input type="checkbox"/> 通知カード + 顔写真付証明書	確認担当者	認定担当者	入力担当者
--------	--	-------	-------	-------