

申請者の方へ この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出して下さい。

令和 年 月 日

子育てのための施設等利用給付認定申請書

牧之原市長 宛

【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られることがあります。
- 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。

以上のことに同意し、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。

認定種別	□第1号 □第2号・第3号		認定希望日（施設利用開始日）		年 月 日
保護者	フリガナ		申請子どもとの続柄	居住地	〒 -
	氏名	印		前年度住所	年 月 日現住所へ転入しました。
	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	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（ ）	
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」が第2号・第3号に該当する場合に記入して下さい。

保育を必要とする理由	子からみた続柄	該当する□にレ点を付けて下さい。
		<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（ ） 具体的な状況（勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況など）やその他の内容を記入
	<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（ ） 具体的な状況（勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況など）やその他の内容を記入	

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	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	氏名		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
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

<必ず裏面も記入して下さい>

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)方は記入して下さい。

フリガナ		所在地	〒 _____ ()
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。

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

税情報等の提供に当たっての署名欄 ※「認定種別」が第1号に該当する場合のみ、下記の記入をしてください。

副食費の施設による徴収に係る補足給付費助成対象者決定のため、牧之原市が保有する住民基本台帳、市民税情報、生活保護法による被保護世帯に関する資料、児童扶養手当及び特別児童扶養手当の受給状況、各種障害者手帳の取得状況の確認をすること並びに助成対象者決定に関する必要な事項並びに副食費助成に関する事項について、施設・事業者等に対して提示することに同意します。
保護者氏名 _____ 印 _____

「認定種別」が第2号に該当する場合のみ、下記の該当書類を添付してください。

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

1 就労(勤め・パート・内職、又は内定している) 自営(自家営業又は農業・漁業に従事している)	就労証明書(勤めの場合1ヶ月に64時間以上 内職の場合1ヶ月に2万円以上の収入) 自家営業・農業・漁業申告書、自営の証明書類の写し(確定申告書、開業届等)
2 妊娠・出産(産前産後 最長6ヶ月)	出産に関する確認書(母子手帳の写しを添付)
3 就学(職業訓練を含む)	在学証明書、入学許可書又は学生証の写し及び授業日数や授業予定のわかる書類
4 疾病	医師の診断書又は証明書(保育ができない理由、状態が記入されていること)
5 障がい	身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳(氏名・障がい級数・障がい名等が分かるページの写し)
6 同居又は長期入院等している親族の介護・看護	民選委員の確認書(障がい者手帳の写し、介護保険証の写し等)
7 求職活動 開業準備	求職活動状況等申告書(ハローワークカードの写しを添付)
8 認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書