

この申請書は、光市にお住まいの方専用です。
 ※光市外の方は、お住まいの市町村の様式で手続きしてください。

令和元年12月12日

子ども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)

光市長 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時間未満又は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)		令和2年4月1日				
(窓口申請者)	フリガナ	ヒカリ ハナコ	申請子どもとの続柄	父	現住所			
	氏名	光 花子			〒 743 - 0011 光市光井2丁目2-1			
	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。				生年月日	昭和59年 5月 5日		
	①	080-****-****	②	090-****-****	個人番号(マイナンバー)	123456789012		
子ども申請	フリガナ	ヒカリ ウメコ	現住所	〒 -				
	氏名	光 梅子	申請者と異なる場合のみ記載	生年月日	平成 27年 1月 2日			
認定種別	<input checked="" 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日を経過している(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日までの間にある(第3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□にレ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 市民税所得割非課税に該当			
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。							
	(子から見た続柄) 母・その他 ()	<input checked="" 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

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。

認定希望日の属する年の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
認定希望日の属する年の前年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各年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)を添付してください。

同居者を全員記入してください。※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ください。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	フリガナ	ヒカリ イチロウ	申請子どもとの続柄	父	生年月日	個人番号	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
	氏名	光 一郎			大正 昭和 令和 59年 5月 5日	〇〇商事(別居)	<input type="checkbox"/> 有	
	フリガナ	ヒカリ ハナコ		母	大正 昭和 令和 61年 3月 3日	スーパー〇〇光店	<input type="checkbox"/> 有	
	氏名	光 花子			大正 昭和 令和 23年 8月 2日	〇〇小学校	<input type="checkbox"/> 有	
	フリガナ	ヒカリ タイチ		兄	大正 昭和 令和 25年 6月 7日	〇〇小学校	<input type="checkbox"/> 有	
	氏名	光 太郎		兄	大正 昭和 令和 27年 1月 2日	〇〇幼稚園	<input type="checkbox"/> 有	
	フリガナ	ヒカリ ウメコ		本人	大正 昭和 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	
氏名	光 梅子						<input type="checkbox"/> 有	

単身赴任等で別居の保護者も記入し、就労・通学・通園先又は単身赴任先の欄にその旨を記入申請の子ども本人を含め、両親及び同居している親族等並びに生計を一にする別居している兄弟姉妹を記入

<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	マルマルヨウチエン	所在地	〒 743 - 0013 Tel 0833 (72) 1400
施設名	〇〇幼稚園	所在地	光市中央六丁目1番1号
		利用開始予定日	令和 2 年 4 月 1 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	〒 - 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

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 checked="" 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 checked="" 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・ <u>自動車</u> ・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。	通勤手段 徒歩・自転車・バス・ <u>自動車</u> ・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 20 分 (往復時間を記入してください。)	通勤時間 約 30 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 checked="" 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 checked="" 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 (傷病・障害名)	(申請子どもとの続柄：)		(申請子どもとの続柄：)	
	受診等 の状況	<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"/> 入院中 通院(月・週 回) <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	活動の内容：		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。)	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) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労		(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労	
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		