

(保育園用)

令和〇年 〇月 〇日

子育てのための施設等利用給付認定申請書(法第30条の4第1項第2号・第3号)

(宛先) 赤磐市長

【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ています。
- 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、申請日にかかわらず、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)		令和〇年〇月〇日					
保護者	フリガナ	オカヤマ タロウ		父	居住地	〒 709 - 0898 赤磐市下市〇〇〇			
	氏名	岡山 太郎			申請子どもとの続柄	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。				(保護者)生年月日	昭和〇年〇月〇日			
	①	090-1234-XXXX	父携帯 父勤務先 自宅・その他()	②	090-9876-XXXX	父携帯 父勤務先 自宅・その他()			
子ども申請	フリガナ	オカヤマ ハナコ		現住所 申請者と異なる場合のみ記載	〒 -		(申請子ども)生年月日		
	氏名	岡山 花子					平成〇年〇月〇日		
認定種別	<input checked="" 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(第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(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□にレ点を付けてください。 <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 checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 疾病 障がい	<input type="checkbox"/> 介護 看護	<input type="checkbox"/> 災害 復旧	<input type="checkbox"/> 求職 活動	<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 checked="" type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 疾病 障がい	<input type="checkbox"/> 介護 看護	<input type="checkbox"/> 災害 復旧	<input type="checkbox"/> 求職 活動	<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。

認定希望日の前年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
認定希望日の前々年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

同居者を全員記入してください。

(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	オカヤマ タロウ 岡山 太郎	父	大正 昭和 平成 令和	〇年 〇月 〇日	〇〇工業	<input type="checkbox"/> 有
2	オカヤマ モモコ 岡山 桃子	母	大正 昭和 平成 令和	□年 □月 □日	××不動産	<input type="checkbox"/> 有	
3	オカヤマ イチロウ 岡山 一郎	兄	大正 昭和 平成 令和	×年 ×月 ×日	あかいわ小学校2年生	<input type="checkbox"/> 有	
4			大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	
5			大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	
6			大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	
7			大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	

<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	〒 - TEL ()
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
〇〇〇〇ホイクエン 〇〇保育園	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒〇〇〇-〇〇〇〇 赤磐市桜が丘〇丁目〇番〇〇 TEL: 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	令和〇年〇月〇日
	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 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・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 40 分 (往復時間を記入してください。)		
妊娠・出産	(出産予定日) 令和〇年〇月〇日				
疾病・障害等	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有		(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有		
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				
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 ()			
	期間	年 月 日まで			
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		

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付してください)

1 就労のため (予定を含む)	就労証明書(就労内定の場合はその証明を受けてください)
2 妊娠・出産のため (出産(予定)月の3ヵ月前から出産後3ヵ月)	理由書・母子手帳の写し(氏名と出産予定日がわかるもの)
3 病気や障がいのため	理由書・医師の診断書または障害者手帳の写し等
4 親族の介護・看護等のため	理由書・介護認定を受けている場合は認定証の写し等 ※介護・看護で認定を希望される場合は、市役所へご相談ください。状況確認のために、添付書類以外にも書類を提出していただく場合があります。
5 災害復旧	理由書・罹災証明が発行されている場合は証明の写し
6 求職活動中(起業準備を含む) (認定期間は最長3ヵ月)	理由書
7 就学のため	理由書・在学証明書または学生証の写し ※職業訓練校の場合は、合格通知と訓練期間のわかるもの
8 児童の特別な養護が必要なため	理由書
9 育児休業取得中の継続利用(※要件に該当する場合のみ)	在園児のうち以下の①～③のいずれかの要件に該当する場合のみ ①年長クラスで翌年小学校へ進学する年齢に達している場合 ②児童の特性・生活環境等により保育所等が継続して利用することが必要と認めた場合 ③就労先で育児休業制度を利用している場合(出生した子の満1歳の誕生日前日までの取得に限る) ※①②については就労証明書および施設からの保育が必要な旨の証明 ③については就労証明書および申出書