

令和3年 3月 1日

子育て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)

(宛先) 西予市長 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。
- 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とき、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時間を超え、かつ、当該幼稚園等に併設する認可外保育施設を含みます。

認定希望日を記入してください。
利用開始予定日までに必ず申請をしてください。

		認定希望日(施設利用開始日)		令和3年 4月 1日	
保護者	フリガナ	セイヨ タロウ		申請子どもとの続柄	父
	氏名	西予 太郎		居住地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 西予市〇〇町〇〇1-23
	※ 自署の場合は印は不要です。		印		
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	平成2年 5月 5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()
子ども申請	フリガナ	セイヨ イチロウ		現住所	〒 -
	氏名	西予 一郎		申請者と異なる場合のみ記載	同上
	生年月日	平成27年 7月 7日			個人番号(マイナンバー)
					△△△△-△△△△-△△△△
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者(保護者)が(第2号)	4/1時点で3歳以上の場合には第2号、 2歳以下の場合には第3号となります。		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"/> 申請子どもが(第3号)	最初の3月31日を経過している(第2号)		<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に該当	
	該当する□にレ点を付けて下さい。				
保育を必要とする理由	(子から見た続柄)	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	(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()	

申請する子どもが2歳以下(第3号)の場合に記入してください。
市民税非課税世帯でない場合は、無償化の対象になりません。

上記「認定種別」が(第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1月1日現在の住所	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(母親)	<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	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

同居者を全員記入して下さい。※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	セイヨ タロウ 西予 太郎	父	個人番号 平成2年 5月 5日	西予市役所
2	セイヨ ハナコ 西予 花子	母	個人番号 平成2年 6月 6日	株式会社×××	<input type="checkbox"/> 有
3	セイヨ シロウ 西予 二郎	弟	個人番号 令和2年 8月 8日	××保育園	<input type="checkbox"/> 有
4			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7			個人番号 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	□□ヨウチエン	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇 市 **** (**) ****
施設名	□□幼稚園	利用開始予定日	平成31 年 4 月 1 日

利用する施設名を記入してください。

入園した日を記入してください。

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
☆☆ホイクジツ ☆☆保育室	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 西予市〇〇町〇〇7-89 TEL:**** - ** -****	令和3年 4 月 1 日
	認可外・一時預かり	〒 -	年 月 日
		-	年 月 日
	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

利用(予定)のない方は、記入不要です。
認可外保育施設等を利用される方は、こちらの欄に記入してください。

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

		父親の状況		母親の状況	
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○をつけて下さい。	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○をつけて下さい。		
	通勤時間	約 60 分 (往復時間を記入して下さい。)	約 30 分 (往復時間を記入して下さい。)		
前年1月1日以降の転職	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	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○をつけて下さい。	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○をつけて下さい。		
	通学時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)	約 分 (往復時間を記入して下さい。)		
	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 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <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		

保育が必要な事由として記入した項目に該当する書類を申請書に添付してください。

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 就労されている方 (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下さい)
2 妊娠・出産の方 (出産前2ヶ月・後3ヶ月に限る)	母子健康手帳の写し(氏名と出産予定日が記載されているページ)
3 保護者が学校に在学中の方	在学証明書、時間割やカリキュラム等、在学期間がわかるもの
4 保護者が病気の方	診断書
5 保護者が障害のある方	障害による手帳等の交付を受けている方…身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、障害年金の年金証書等の写し
6 保護者が介護している方	介護または付き添いに関する証明書、及び介護被保険者証、障害者手帳等、入院を証明するもの(領収書など)のいずれかの写し
7 保護者が求職中の方	誓約書
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