

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号・第2号・第3号)

(宛先) 白河市長

以下のことに同意し、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。

【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1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。
- この申請内容に変更がある場合(家族構成の変更、転居、退職、育児休業等)は、変更届を提出する必要がある場合があります。
- 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。

園に提出する日付を記入

申請者(保護者)		フリガナ シラカワ タロウ	申請日 令和2年 1月 10日
氏名		白河 太郎	児童との続柄 父 昭和59年 11月 11日
住所		〒961-8602 白河市八幡小路7番地1	認定希望日時点での年齢
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。 ① 090-1111-1111 (父携帯・父勤務先・自宅・その他) ② 0248-22-1111 (母携帯・母勤務先・自宅・その他)			
認定申請対象児童	フリガナ シラカワ ハナコ	性別 女	年齢 3歳 平成29年 10月 1日
氏名	白河 花子		生年月日
利用施設名	大沼幼稚園	所在地	〒961-0011 白河市久田野豆柄久保2
認定希望期間(施設利用希望期間)	令和2年 4月 1日 から <input type="checkbox"/> 年 月 日 まで <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前		

□に✓をいれる。就学前以前の場合は日付を記入

●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場合は、以下のとおり記入して下さい。

施設名	所在地	保育開始予定日
シラカワ託児所	TEL: - -	年 月 日
白河病児保育室	TEL: - -	年 月 日

●償還払いの際の振込先を記入してください。

振込先金融機関	ゆうちょ	銀行コード	ハニハ	支店コード	口座番号	8 8 8 8 8 8 8	口座名義(カタカナ)	シラカワ タロウ

●該当する認定種別にチェックを入れてください。

認定種別	保育を必要とする要件なし	<input type="checkbox"/>	申請児童は、認定希望日(第1号)に達していない。(第1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□にチェックしてください。
	保育を必要とする要件あり	<input checked="" type="checkbox"/>	申請児童は、認定希望日(第2号)に達している。(第2号)	<input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当
	※要件ありの場合、右記の保育を必要とする理由にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/>	申請児童は、認定希望期間開始の年度当初(4月1日時点)で満3歳に達していない。(第3号)	
	保育を必要とする理由	(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 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	(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 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()		

□に✓をいれる。保育の必要性がある場合は、必要とする理由も記入

<裏面も記入ください。>

施設で記入

施設確認欄	確認印	日付

市確認欄	確認印	日付

●表向「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

認定希望日の前年1月1日現在の住所※1	(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※2	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

第3号に該当する場合に記入する。

●認定申請対象児童以外の同居者を全員記入してください。※個人番号は父母及び生計の中心者のみ記入してください。

申請子どもの保護者及び同居者	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	シラカワ タロウ 白河 太郎	父	個人番号 大正 昭和 平成 令和 1111-1111-1111 59年 3月 3日		株式会社 シラカワ	<input type="checkbox"/> 有
2	シラカワ ハルコ 白河 春子	母	個人番号 大正 昭和 平成 令和 2222-2222-2222 60年 4月 4日		(株) ホワイトリバー	<input type="checkbox"/> 有	
3	シラカワ イチロウ 白河 一郎	兄	個人番号 大正 昭和 平成 令和 21年 5月 5日		白河第一小学校 5年	<input type="checkbox"/> 有	
4	シラカワ シロウ 白河 次郎	弟	個人番号 大正 昭和 平成 令和 30年 6月 6日		わかば保育園	<input type="checkbox"/> 有	
5	シラカワ ナツコ 白河 夏子	祖母	個人番号 大正 昭和 平成 令和 3333-3333-3333 35年 7月 7日		白河内科病院	<input type="checkbox"/> 有	
6			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		認定希望日時点での学年を記入	<input type="checkbox"/> 有	
7			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 有	

個人番号は父母、生計の中心者(祖父母等の生計同一者)を記入

●保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。(※第2号、第3号認定者のみ記入)

		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：()
	雇用期間	<input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期(年 月 日) <input type="checkbox"/> 更新予定(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期(年 月 日)
妊娠・出産		(予定日) 年 月 日	
疾病・障害		(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) 傷病・障害名	(申請子どもとの続柄：)
災害復旧		災害の状況：	災害の状況：
就学	期間	年 月 日まで	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

保育を必要とする理由を記入する。
母が妊娠中の場合は、予定日を記入。
保育の必要性を証明する書類を添付して、申請書と提出すること。

■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 (月あたり64時間以上)	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 (出産前後8週以内)	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 就学	在学証明書(入学予定の場合は合格通知等)
4 保護者が疾病・障害の方	診断書 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の写し□
5 保護者が介護している方	申立書及び介護が必要であることがわかる書類(診断書、介護保険証の写し等)
6 災害復旧	罹災証明
7 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