

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) 関川村長 様

【申請にあたって同意していただく事項】
1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 認定事務が集中した場合は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。
5. 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。
6. 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、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業(ファミリー・サポート・センター事業)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。

申請書表: 申請者(保護者) 関川 太郎, 認定希望日 令和1年11月1日, 居住地 関川村大字〇〇〇番地, 申請子ども 関川 二郎, 認定種別 第3号, 保育を必要とする理由 父(就労)...

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。

住所情報表: 認定希望日の前年1月1日現在の住所 (母親) 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇番地, (父親) 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇番地

※1.2. 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前年(前々年)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(課税証明書など)を添付して下さい。

施設等利用表: 施設名 下関保育園, 利用サービス 一時預かり・病児保育, 利用開始予定日 令和1年11月1日

<必ず裏面も記入して下さい>

同居者を全員記入して下さい。※個人番号(マイナンバー)は、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） 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	セキガ 知 関川 太郎	父	個人番号 0000-0000-0000 大正 昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	(株)〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 有
	2	セキガ ハコ 関川 花子	母	個人番号 1111-1111-1111 大正 昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 有
	3	セキガ シロウ 関川 二郎	本人	個人番号 大正 昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日		<input type="checkbox"/> 有
	4	セキガ 一郎 関川 一郎	兄	個人番号 大正 昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	〇〇小学校	<input type="checkbox"/> 有
	5	セキガ カズコ 関川 一子	祖母	個人番号 大正 昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日		<input checked="" type="checkbox"/> 有
	6			個人番号 大正 昭和 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

		母親の状況		父親の状況	
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)		<input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回)	
	施設名()			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		通学手段	
		通学時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通学時間	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		(就労日数・時間)	<input type="checkbox"/> 週 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	

※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・出産後の方	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(入学予定の場合は合格通知等)
4 保護者が病気の方	医師の診断書等
5 保護者が障がいをお持ちの方	障がい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 交付を受けていない方…医師の診断書等
6 保護者が介護している方	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)
7 保護者が求職中の方	求職活動中であることを証明するもの