

令和 年度 子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書（兼現況届）（法第30条の4第2号・第3号）

北中城村長 殿

【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られることがあります。
- 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5号へ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時間未満または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）		年 月 日	
保護者	フリガナ	申請 子ども との続柄	居住地	〒 _____	
	氏名		生年月日	_____	年 月 日
	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	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 その他（ ）	②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 その他（ ）	
子ども申請	フリガナ	現住所 申請者と異なる 場合のみ記載	〒 _____		
	氏名		生年月日	_____	年 月 日
種別認定	<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、市町村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"/> 市町村民税非課税に該当	
	該当する□にレ点を付けて下さい。 (子から見た続柄) 父・母・その他() <input 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() (子から見た続柄) 父・母・その他() <input 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()				

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。

前年度1月1日又は、 今年度1月1日現在の住所	(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下さい。

	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
(生計の申請子どもの番号に○を付け同居者下さい)	1	父 母 S 祖父母 H () R	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	2	父 母 S 祖父母 H () R	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	3	申請子ども (本人) S R	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	4	父 母 S 祖父母 H () R	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	5	父 母 S 祖父母 H () R	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	6	父 母 S 祖父母 H () R	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

<裏面も記入して下さい>

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)方は記入して下さい。

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(ファミサポ)	〒 — — TEL: — —	年 月 日

◆保育所等利用申込み及び教育・保育給付認定の申請を行っていない方のみ記入◆

保育所等申込不実施理由書

保育所等利用申込み及び教育・保育給付認定の申請を行わなかった主な理由の一つにチェックしてください。

既に利用している認可外保育施設を継続して利用するため
(認可外保育施設名: _____)

利用可能な保育所等では、就労等により保育所等の利用を希望する時間帯の保育が行われていないため
(希望する保育時間: _____ 時～ _____ 時)

利用可能な保育所等は、自宅や職場から遠いなど地理的に希望に合わないため

その他(自由記述)
(_____)

◆転入された方のみ記入

- ・以前の住所でも無償化の認定を受けていましたか。 はい(前住所地の市町村名: _____)
- いいえ

※市町村記入欄

R	年 月 日 ()	架電 ・ 受電 ・ 窓口 ・ その他 :
R	年 月 日 ()	架電 ・ 受電 ・ 窓口 ・ その他 :
R	年 月 日 ()	架電 ・ 受電 ・ 窓口 ・ その他 :
R	年 月 日 ()	架電 ・ 受電 ・ 窓口 ・ その他 :