

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)

岩沼市長 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と。
 - 補足給付事業の対象又は非対象の判定(新制度未移行幼稚園利用時のみ)を行うこと。また、当該判定に当たって、市が保有する住民情報及び課税情報を閲覧すること。
 - 申請書等に記載した内容や施設等利用給付の認定状況は、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。
 - 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ること。
 - 認定事務が集中した場合、審査等に日程を要するため、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ること。
 - 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ること。
 - 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、本認定の申請ができないこと。
 - 申請内容に変更が生じた場合は、速やかに届け出ること。

以上のことに同意し、幼稚園(子どものための教育・保育給付の対象ではない私立幼稚園や国立大学付属幼稚園)、特別支援学校幼稚部の施設等利用給付認定を希望(幼稚園や特別支援学校の預かり保育事業(※1)は利用しない)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)		年 月 日	
保護者	ふりがな	申請子どもとの続柄	居住地	〒 -	
	氏名		現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒 -	
	自署でない場合は、記名押印してください。				
	日中の連絡先(電話番号)		※確実に連絡の取れる順に記載してください。		生年月日
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()	保護者の個人番号	
子ども申請	ふりがな	現住所	〒 -		申請子どもの個人番号
	氏名	保護者と異なる場合のみ記載			
		生年月日	年 月 日		
企業主導型保育事業の利用の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(有の場合、当該認定を受けることはできません。)			

下記の住所要件に該当する方で、補足給付事業の対象又は非対象の判定を希望する方は、該当する項目に記入の上、市町村民税所得割額が分かる証明書(課税証明書など)を添付してください。

認定希望日の 現年1月1日現在の住所※2	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父母以外の生計 中心者)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
-------------------------	------	---------------------------------	------	---------------------------------	------------------	---------------------------------

※2 認定希望日が9月～3月の場合で、現住所と異なる場合は、記載した住所地の市町村で発行される現年1月1日を賦課年度とする市町村民税所得割額が分かる証明書

認定希望日の 前年1月1日現在の住所※3	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父母以外の生計 中心者)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
-------------------------	------	---------------------------------	------	---------------------------------	------------------	---------------------------------

※3 認定希望日が4月～8月の場合で、現住所と異なる場合は、記載した住所地の市町村で発行される前年1月1日を賦課年度とする市町村民税所得割額が分かる証明書

家族の状況

(生計の中心者の番号に○を付けてください。)	ふりがな	申請子どもとの続柄	生年月日	
	氏名		年 月 日	
1			年 月 日	
2			年 月 日	
3			年 月 日	
4			年 月 日	
5			年 月 日	
6			年 月 日	
7			年 月 日	

【裏面も記入してください。】

利用(予定含む)する幼稚園(子どもための教育・保育給付の対象ではない私立幼稚園や国立大学附属幼稚園)、特別支援学校幼稚部を記入してください。

ふりがな		所在地	〒 ー 區 ()		
施設名		利用開始(予定)日	年	月	日

【市記入欄(この枠内は記入しないでください。】

この用紙の受取者		認定の可否	可 ・ 否	年	月	日	受付年月日	年	月	日
認定区分	□1号	給付認定期間	年	月	日から	年	月	日まで		
生保適用	無 ・ 有	認定者番号				備考				