

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2号・第3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、官公署に対して必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めること。
  - 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、当該判定及び施設等利用給付認定の審査に当たって、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、本認定の申請はできないこと。
  - 保育を必要とする事由、世帯構成等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、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(預かり保育事業を利用する(※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。

|                                      |   |                                   |                                    |                                    |   |                                    |                                    |                                 |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| 保護者                                  | ふりがな  |                                   | 申請子どもの続柄                           | 認定希望日(施設利用開始日)                     | 年 月 日   |                                    |                                    |                                 |
|                                      | 氏名  |                                   |                                    | 居住地                                | 〒 -   |                                    |                                    |                                 |
|                                      | 自署でない場合は、記名押印してください。  |                                   |                                    | 現住所が市外の場合<br>市内転入後の住所              | 〒 -   |                                    |                                    |                                 |
| 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。   |   | ①                                 | ②                                  | 生年月日                               | 年 月 日   |                                    |                                    |                                 |
| 父携帯・母携帯<br>父勤務先・母勤務先<br>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。) |                                   |                                    |                                    |   |                                    |                                    |                                 |
| 認定種別                                 | <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)      |                                   |                                    |                                    | 左記の第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□にレ点を付けてください。 |                                    |                                    |                                 |
|                                      | <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)      |                                   |                                    |                                    |   |                                    |                                    |                                 |
| <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税に該当 |   |                                   |                                    |                                    |   |                                    |                                    |                                 |
| 保育を必要とする理由                           | 該当する□にレ点を付けてください。   |                                   |                                    |                                    |   |                                    |                                    |                                 |
|                                      | (子から見た続柄)<br>父・母・その他( )   | <input type="checkbox"/> 就労       | <input type="checkbox"/> 妊娠<br>出産  | <input type="checkbox"/> 疾病<br>障害等 | <input type="checkbox"/> 介護<br>看護             | <input type="checkbox"/> 災害<br>復旧  | <input type="checkbox"/> 求職<br>活動等 | <input type="checkbox"/> 就学     |
| (子から見た続柄)<br>父・母・その他( )              | <input type="checkbox"/> 就労   | <input type="checkbox"/> 妊娠<br>出産 | <input type="checkbox"/> 疾病<br>障害等 | <input type="checkbox"/> 介護<br>看護  | <input type="checkbox"/> 災害<br>復旧             | <input type="checkbox"/> 求職<br>活動等 | <input type="checkbox"/> 就学        | <input type="checkbox"/> その他( ) |

下記の住所要件にあてはまる方で、上記「認定種別」が(第3号)に該当する方は必ず記入してください。又、「認定種別」が(第2号)に該当し、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<br>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<br>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<br>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<br>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 ※個人番号は、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載してください。

| (生計の中心者の番号に○を付けてください。) | 申請子どもの番号 | ふりがな | 申請子どもの続柄 | 生年月日  | 保育の必要事由又は<br>通学通園施設名 | 個人番号 | 障害者手帳等  |
|------------------------|----------|------|----------|-------|----------------------|------|---|
|                        |          | 氏名   |          |       |                      |      |   |
|                        | 1        |      |          | 年 月 日 |                      |      | <input type="checkbox"/> 有( )<br><input type="checkbox"/> 無 |
|                        | 2        |      |          | 年 月 日 |                      |      | <input type="checkbox"/> 有( )<br><input type="checkbox"/> 無 |
|                        | 3        |      |          | 年 月 日 |                      |      | <input type="checkbox"/> 有( )<br><input type="checkbox"/> 無 |
|                        | 4        |      |          | 年 月 日 |                      |      | <input type="checkbox"/> 有( )<br><input type="checkbox"/> 無 |
|                        | 5        |      |          | 年 月 日 |                      |      | <input type="checkbox"/> 有( )<br><input type="checkbox"/> 無 |

【裏面も記入してください。】

|  |   |  |  |       |  |   |
|--|---|--|--|-------|--|---|
|  | 6 |  |  | 年 月 日 |  | <input type="checkbox"/> 有( )<br><input type="checkbox"/> 無 |
|  | 7 |  |  | 年 月 日 |  | <input type="checkbox"/> 有( )<br><input type="checkbox"/> 無 |

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)方は記入してください。

|      |  |         |             |
|------|--|---------|-------------|
| ふりがな |  | 所在地     | 〒 - TEL ( ) |
| 施設名  |  | 利用開始予定日 | 年 月 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を利用する(予定含む)方は記入してください。

| ふりがな<br>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・一時預かり<br>病児保育・子育て援助活動 | 〒 - TEL ( ) | 年 月 日   |
|             | 認可外・一時預かり<br>病児保育・子育て援助活動 | 〒 - TEL ( ) | 年 月 日   |
|             | 認可外・一時預かり<br>病児保育・子育て援助活動 | 〒 - TEL ( ) | 年 月 日   |

保育を必要とする事由

|           | 父   |  |         |        | 母   |  |        |      |         |
|-----------|---|--|---------|--------|---|--|--------|------|---------|
|           | 雇用形態  | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他( ) |         |        |   | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他( ) |        |      |         |
| 事業所・住所    | 名称:<br>住所:<br>連絡先電話番号 - -   |  |         |        | 名称:<br>住所:<br>連絡先電話番号 - -   |  |        |      |         |
| 就労日数      | 1月平均 日  | 就労時間   | 1日平均 時間 | 1月平均 日 | 就労時間  | 1日平均 時間  | 1月平均 日 | 就労時間 | 1日平均 時間 |
| 就労形態      | <input type="checkbox"/> シフト制→ 時 分～ 時 分の間<br><input type="checkbox"/> 固定制→ 時 分～ 時 分勤務   |  |         |        | <input type="checkbox"/> シフト制→ 時 分～ 時 分の間<br><input type="checkbox"/> 固定制→ 時 分～ 時 分勤務   |  |        |      |         |
| 土曜勤務      | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   |  |         |        | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   |  |        |      |         |
| 通勤時間      | 片道 分(通勤方法 )   |  |         |        | 片道 分(通勤方法 )   |  |        |      |         |
| 育児休業      | 年 月 日まで取得予定 <input type="checkbox"/> 切上予定有  |  |         |        | 年 月 日まで取得予定 <input type="checkbox"/> 切上予定有  |  |        |      |         |
| その他<br>事由 | <input type="checkbox"/> 病気(診断名: ) <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名: )<br>(手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有( 種・級) <input type="checkbox"/> 無)<br>・通院・通所(月・週に 回 所要時間 分)<br>・自宅療養 ・入院( 年 月 日)                  |  |         |        | <input type="checkbox"/> 病気(診断名: ) <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名: )<br>(手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有( 種・級) <input type="checkbox"/> 無)<br>・通院・通所(月・週に 回 所要時間 分)<br>・自宅療養 ・入院( 年 月 日)                  |  |        |      |         |
|           | <input type="checkbox"/> 介護・看護(誰の: )<br>(介護・看護が必要な病名・障害名: )<br>(手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有( 種・級) <input type="checkbox"/> 無)<br>・病院で付添看護している(1日平均 時間)<br>・自宅で付添看護している(1日平均 時間)<br>・通院・通所(月・週に 回 所要時間 分) |  |         |        | <input type="checkbox"/> 介護・看護(誰の: )<br>(介護・看護が必要な病名・障害名: )<br>(手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有( 種・級) <input type="checkbox"/> 無)<br>・病院で付添看護している(1日平均 時間)<br>・自宅で付添看護している(1日平均 時間)<br>・通院・通所(月・週に 回 所要時間 分) |  |        |      |         |
|           | <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定( 年 月 日就労予定)<br><input type="checkbox"/> 災害復旧( 年 月 日災害発生)<br><input type="checkbox"/> 求職活動   |  |         |        | <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定( 年 月 日就労予定)<br><input type="checkbox"/> 災害復旧( 年 月 日災害発生)<br><input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 出産(予定)日( 年 月 日)                  |  |        |      |         |

認可外保育施設の利用を希望する場合で、教育・保育給付認定の申請及び保育所等の利用申込みを行わなかった主な理由(該当する□にレ点を付けてください。)

- 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っていないため
- その他( )

保育を必要とする事由に関する添付書類(以下の中から該当する書類を提出してください。)

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 1 居宅外で就労されている方(予定を含む)    | 就労証明書(就労内定の場合は、その証明を受けてください。)  |
| 自営(自宅外自営、親族経営等自営含む)の場合   | 就労証明書、自営の証明書類の写し(確定申告書、営業許可証、開業届等)                                     |
| 2 出産前後の方(出産前8週間・後8週間に限る) | 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(入学予定の場合は合格通知等)   |
| 4 保護者が病気の方               | 診断書  |
| 5 保護者が障害をお持ちの方           | 父母、申請子ども、主たる生計中心者以外で障害による手帳等の交付を受けている方…<br>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 |
| 6 保護者が同居親族の介護、看護をしている方   | 介護、看護が必要であることが分かる書類(診断書、介護保険証の写し等)                                     |
| 7 保護者が求職活動の方             | 保育施設等利用に関わる求職活動(起業準備)中であることの申立書  |

【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     | <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3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    |       |       |