

申請者の方へ この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出して下さい。

令和 年 月 日

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)

国見町長 様

【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30条の4第2号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給付の提供に支障を及ぼす場合があります。
- 子ども・子育て支援法第30条の11第3項の規定に基づき、認定事務が集中し審査等に日を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消し、認定希望日現在で、子ども・子育て支援法第7条第10項第1号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。
- 提供を受ける場合があります。
- 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通知を受ける場合があります。

◎**全て洩れなく記入してください。**

本認定の申請はできません。

記載例

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)		令和 5年 4月 1日	
保護者	フリガナ クニミ タロウ	申請子どもとの続柄	父
氏名	国見 太郎	連絡先	父 090 - 母 090 - ( ) 024 -
子ども	フリガナ クニミ モモコ	現住所	〒
氏名	国見 桃子	個人番号(マイナンバー)	012345678901
現住所	〒	性別	男・女
現住所が町外の場合 町内転入後の住所	〒	保育を必要とする理由	保護者の保育を必要とする理由に ☑してください。
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1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)		
保育を必要とする理由	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 checked="" 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 checked="" 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。

認定希望日の前年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
認定希望日の前々年1月1日現在の住所※3	(母親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ

※2.3. 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。

同居者を全員記入して下さい。

生計の中心者の番号に○を付けて下さい	フリガナ氏名	性別	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の有無
	1	クニミ タロウ 国見 太郎	男	父	個人番号 123456789012 大正 昭和 令和 52年 1月 5日	〇〇 会社
2	クニミ ハナコ 国見 花子	女	母	個人番号 234567890123 大正 昭和 令和 60年 3月20日	〇〇 商店	有・無
3	クニミ ジロウ 国見 次郎	男	兄	個人番号 345678901234 大正 昭和 令和 27年 8月18日	△△小学校	有・無
4	クニミ イチロウ 国見 一郎	男	祖父	個人番号 456789012345 大正 昭和 令和 30年 6月11日	××造園	有・無
5				個人番号 大正 昭和 令和 年 月 日		有・無
6				個人番号 大正 昭和 令和 年 月 日		有・無
7				個人番号 大正 昭和 令和 年 月 日		有・無
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (令和 年 月 日開始)		<input type="checkbox"/> 申請中		
ひとり親家庭及びそれに類する状況にある場合の理由		<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

該当するものに☑をしてください。

＜必ず裏面も洩れなく記入して下さい＞

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)方は記入して下さい。

フリガナ	クニミヨウチエン	所在地	〒 969 - 1731 函 024 (585) 2882 国見町大字森山字太田川36番地		
施設名	くにみ幼稚園	利用開始予定日	令和	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 病児保育		年 月 日
	認可外 病児保育		年 月 日

該当するものに☑  
をしてください。

入所施設以外で利用予定がある場合に記入してください。

保育を必要とする理由に応じて☑を入れて記入して下さい。

		父親の状況		母親の状況							
就 労	就労種別	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> 自宅</td><td><input type="checkbox"/> 中心者</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 自宅以外</td><td><input type="checkbox"/> 協力者</td></tr></table> <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他： ( )	<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"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> 自宅</td><td><input type="checkbox"/> 中心者</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 自宅以外</td><td><input type="checkbox"/> 協力者</td></tr></table> <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他： ( )	<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"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 中心者									
	<input type="checkbox"/> 自宅以外	<input type="checkbox"/> 協力者									
<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 中心者										
<input type="checkbox"/> 自宅以外	<input type="checkbox"/> 協力者										
通勤手段・時間	通勤手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 ( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通勤手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 ( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)									
前年1月1日以降の転職	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名： から 就労期間： から ② 就労先名： から 就労期間： から	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名： から 就労期間： から ② 就労先名： から 就労期間： から									
妊娠・出産(申請時点)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 令和 年 月 日									
疾病・障害等	(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)	(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)	・週 回)									
	<input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ( )	<input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 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 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 ( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通学手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 ( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 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	令和 年 月 日まで	令和 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 <input type="checkbox"/> 月	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月								
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									

該当するものに☑  
をしてください。

保育を必要とする理由について  
記入してください。