

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)

新宮町長 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町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1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、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)		令和元年10月1日				
保護者	フリガナ	シングウ イチロウ		申請子どもとの続柄	父			
	氏名	新宮 一郎		居住地	〒811-0000 新宮町0001丁目1番1号			
	※ 自署の場合は印は不要です。		印		現住所が町外の場合 町内転入後の住所	〒		
日中の連絡先(電話番号) ※確実に連絡の取れる順に記入して下さい。		090-△△△△-0000		生年月日	昭和56年4月20日			
①		父携帯 父勤務先 自宅・その他()	②	母携帯 母勤務先 自宅・その他()	個人番号 (マイナンバー)			
子ども申請	フリガナ	シングウ サクラ		現住所	〒			
	氏名	新宮 桜		申請者と異なる場合のみ記載	個人番号(マイナンバー)			
		生年月日		平成26年12月6日				
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満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) ※平成31年4月1日現在で満3歳以上の場合は上段に該当します。 <input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満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) ※平成31年4月1日現在で満3歳未満の場合は下段に該当します。無償化の対象となるのは非課税世帯の子どもです。				左記で第3号に該当し、町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"/> 町民税非課税に該当			
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
(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。

認定希望日の前々年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町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。

(生計の申請子どもの番号に○を付けて下さい)	フリガナ	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	シングウ イチロウ 新宮 一郎	父	個人番号	56年4月20日		(株)△□
2	シングウ カエデ 新宮 楓	母	個人番号	56年7月13日		○×(株)	<input type="checkbox"/> 有
3	シングウ ハジメ 新宮 はじめ	兄	個人番号	24年6月8日		□□小学校	<input type="checkbox"/> 有
4	シングウ サクラ 新宮 桜	本人	個人番号	26年12月6日		○○○幼稚園	<input type="checkbox"/> 有
5	シングウ タロウ 新宮 太郎	祖父	個人番号	26年8月25日			<input checked="" type="checkbox"/> 有
6			個人番号	年 月 日			<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入して下さい>

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	〇〇〇	所在地	〒811-〇〇〇〇 市 092-〇〇〇-〇〇〇〇 新宮町〇〇〇1丁目2番3号
施設名	〇〇〇幼稚園	利用開始(予定)日	平成30年4月1日 <small>※入園した日 または利用予定日</small>

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。

入園日又は入園予定日
を記入してください。

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
〇〇〇 〇〇〇保育園	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - - TEL: - -	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - - TEL: - -	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - - TEL: - -	年 月 日

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
就労	就労種別	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 ※勤務証明書を提出してください。 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他 []	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input checked="" type="checkbox"/> 自営 ※自営業申立書を提出してください <input type="checkbox"/> その他 []
妊娠・出産 (申請時点)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日	
疾病、 負傷、障害		(病名・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(病名・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: 同居の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	(申請子どもとの続柄: 同居の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	病名・障害名	(手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
災害復旧	災害の状況:	災害の状況:	
求職活動	活動の内容:	活動の内容:	
就学	就学機関	(学校等名)	(学校等名)
	期間	年 月 日まで	年 月 日まで
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 居宅外で就労している場合 (予定を含む)	勤務・育児休業・採用予定証明書
自営・農業(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合	自営業申立書 (添付書類必要)
2 出産前後の場合	母子健康手帳の写し(氏名と出産予定日が確認できるページ)
3 保護者が疾病、負傷、障害がある場合	疾病・障がい状況申告書又は疾病・障がい状況申告書と各種障害者手帳の写し
4 同居の親族の介護、看護をしている場合	介護・看護状況申告書
5 求職活動中の場合	求職活動状況等申立書
6 就学している場合	就学等(予定)申立書
7 認可外保育施設の利用を希望している場合	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書

施設記入欄

幼稚園 届出保育施設 その他
 継続児 (0歳児・1歳児・2歳児・満3歳児・3歳児・4歳児・5歳児) ⇒ 保育料月額(a) _____ 円
 新入園児 (入園 年 月 日) ⇒ 入園料(b) _____ 円

町記入欄

新規 変更
 異動状況 月 日 入園・退園・満3歳・転入・転出
 副食費該当(第3子・その他)
 その他 ()

月額算定
 保護者負担額
 在籍月数(c) 月
 月額負担額(d)=(a)+(b)/(c)
 円+(円/ 月)= 円
 25,700円

日割算定
 保護者負担額
 利用日数(あ)… 日 開所日数(い)… 日
 月額負担額(う)=(b)/(c) + (a)×(あ)/(い)
 円×(日/ 日)= 円
 25,700円 × (あ)/(い) = 円