

記入例

令和〇年〇月〇日

子育てのための施設等利用給付認定申請書(第2号・第3号)

三豊市長

【申請にあたって同意していただく事項】

- 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住民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。
- 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。
- 認定事務が集中し審査等に日時を要する場合は、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、企業主導型保育事業の利用がある場合や、保育給付認定を受けて認可保育施設を利用している場合は、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、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、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

		認定希望日（施設利用開始日）		令和〇年〇月〇日	
保護者（申請者）	フリガナ	ミトヨ タロウ		居住地	三豊市高瀬町下勝間2373-1
	氏名	三豊 太郎		生年月日	昭和平成〇年〇月〇日
	申請子どもとの続柄			個人番号(マイナンバー)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	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	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	続柄（母）		携帯・自宅・その他（ ）
②	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	続柄（父）		携帯・自宅・その他（ ）	
申請子ども	フリガナ	ミトヨ イチロウ		生年月日	昭和平成〇年〇月〇日
	氏名	三豊 一郎		個人番号(マイナンバー)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 第2号：認定希望日が属する年度の4月1日時点で満3歳以上である <input type="checkbox"/> 第3号：認定希望日が属する年度の4月1日時点で満3歳未満であり、市町村住民税非課税世帯に該当する				
と育を必要理由	続柄（父）	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	続柄（母）	<input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、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入して下さい。

保護者を含む	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
			個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
保護者以外 の同居家族・同居人	1	ミトヨ タロウ 三豊 太郎	父	大正 昭和 平成 〇年 〇月 〇日	〇〇〇市	<input type="checkbox"/> 有
	2	ミトヨ ハナコ 三豊 花子	母	大正 昭和 平成 〇年 〇月 〇日	三豊市内・三豊市外（ ）	<input type="checkbox"/> 有
	3	ミトヨ サクラ 三豊 さくら	姉	大正 昭和 平成 〇年 〇月 〇日		<input type="checkbox"/> 有
	4			大正 昭和 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	5			大正 昭和 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	6			大正 昭和 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	7			大正 昭和 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入して下さい>

◆利用(予定含む)する幼稚園・保育施設等を記入して下さい。

フリガナ	〇〇〇ヨウチエン	所在地	三豊市〇〇町
施設名	〇〇〇幼稚園	利用開始予定日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
		預かり保育の利用	有 ・ 無

◆認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、ファミリー・サポート・センター事業を利用(予定含む)する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 ・ 一時預かり 病児保育・ファミリーサポートセンター		令和 年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・ファミリーサポートセンター		令和 年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・ファミリーサポートセンター		令和 年 月 日

◆認可外保育施設等を利用(予定)しており、認可保育施設等の利用申込みを行っていない場合は理由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

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 ・ その他希望日等：)

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 ()

◆保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

保護者	(父) の状況	(母) の状況	添付書類
就 労	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者) <input type="checkbox"/> 自営 (<input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者) <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他：()	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者) <input type="checkbox"/> 自営 (<input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者) <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他：()	就労証明書 または 自営業申立書
	(労働) 1箇月 22 日 1日 9 時間	(労働) 1箇月 日 1日 時間	
妊娠・出産 (申請時点)	<input type="checkbox"/> (出産予定日： 年 月 日)	<input checked="" type="checkbox"/> (出産予定日： RO 年 〇 月 〇 日)	母子手帳(写)
保護者の 疾病・障がい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	診断書(写) 障害者手帳(写)
介護・看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護・看護状況申立書 介護保険証(写)等
災害復旧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	罹災証明等
求職活動等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	求職活動申出書
就 学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就学証明書
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	それが分かる書類