

子育てのための施設等利用給付認定申請書

(宛先) 多賀城市長 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及び申請者や同居親族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・事業者等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ります。
 - 認定希望日が新年度4月の場合は、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。
 - 保育を必要とする事由、世帯構成等申請内容に変更がある場合は、速やかに申請してください。

以上のことに同意し、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。

		申請年月日			令和	年	月	日				
		認定希望日（施設利用開始日）			令和	年	月	日				
保護者	フリガナ				申請子どもとの続柄	生年月日	昭和	年	月	日		
	氏名	印					平成	年	月	日		
	住所	〒										
子ども申請	フリガナ				生年月日	平成	年	月	日	年齢	歳	
	氏名											
子ども申請	住所	〒 多賀城市										
	連絡先	父	-	-	母	-	-	自宅	-	-		
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達している（第1号） <input type="checkbox"/> 保育を必要とする事由（保護者の就労等）に該当し、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） <input type="checkbox"/> 保育を必要とする事由（保護者の就労等）に該当し、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日までの間にあり、市町村民税非課税世帯に該当する（第3号）※1											
	課税状況の確認	※1. 上記「認定種別」が第3号に該当する場合に記入してください。										
		本年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 多賀城市	<input type="checkbox"/> 多賀城市以外	【対象】父・母・その他（ ）	【多賀城市への転入日】	市町村名	（ ）	年	月	日	
前年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 多賀城市	<input type="checkbox"/> 多賀城市以外	【対象】父・母・その他（ ）	【多賀城市への転入日】	市町村名	（ ）	年	月	日			

●申請子どもと同居している親族等全員（別世帯も含む。）及び保護者が扶養しているお子さん全員を記入してください。※申請子どもは除く

申請子どもの保護者及び同居者	フリガナ	氏名	申請子どもとの続柄	年齢	生年月日	就労・通学・通園先（※2）	要介護認定又は障害者手帳
	1			父		大 昭 平 令 年 月 日	
2			母		大 昭 平 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
3					大 昭 平 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
4					大 昭 平 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5					大 昭 平 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6					大 昭 平 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7					大 昭 平 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

※2. 単身赴任中の場合は就労先の後ろに「単身赴任」と記載してください。

●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)方は記入してください。

施設名		所在地	<input type="checkbox"/> 多賀城市内 <input type="checkbox"/> 他市町村（市町村）
-----	--	-----	--

《預かり保育事業、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)方は裏面も記入してください（第2号・第3号のみ）》

●利用する預かり保育事業※3、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記入してください。

施設名	利用するサービスの種類	所在地
表面記入施設と同じ	<input type="checkbox"/> 預かり保育事業	表面記入施設と同じ
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動 <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 一時預かり	<input type="checkbox"/> 多賀城市内 <input type="checkbox"/> 他市町村 (市町村)
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動 <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 一時預かり	<input type="checkbox"/> 多賀城市内 <input type="checkbox"/> 他市町村 (市町村)
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動 <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 一時預かり	<input type="checkbox"/> 多賀城市内 <input type="checkbox"/> 他市町村 (市町村)
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動 <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 一時預かり	<input type="checkbox"/> 多賀城市内 <input type="checkbox"/> 他市町村 (市町村)

※4. 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は、認可外保育施設の利用も施設等利用給付の対象となります。

●保育を必要とする事由に応じて記入してください。

		父		母		
就 労	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	名称:			名称:	
		住所:			住所:	
		連絡先:	-	-	連絡先:	-
	就労日数	1か月平均:	日	1か月平均:	日	
	就労時間	1日平均:	時間	1日平均:	時間	
土曜勤務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
育休	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	事由	<input type="checkbox"/> 病気(診断名:) } ※診断書 <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名:) } 又は手帳 <input type="checkbox"/> 看護・介護(だれの:) } の写しを添付 <input type="checkbox"/> 就学 ※在学証明書及び在学期間が分かる書類を添付 <input type="checkbox"/> 就労予定 ※就労予定申立書を添付 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 病気(診断名:) } ※診断書 <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名:) } 又は手帳 <input type="checkbox"/> 看護・介護(だれの:) } の写しを添付 <input type="checkbox"/> 就学 ※在学証明書及び在学期間が分かる書類を添付 <input type="checkbox"/> 就労予定 ※就労予定申立書を添付 <input type="checkbox"/> 妊娠出産(分娩予定日: 年 月 日) ※分娩予定日が記載された母子手帳の写しを添付 <input type="checkbox"/> その他()		

●認可外保育施設等を利用(予定)しており、教育・保育給付認定の申請及び保育所等利用申込みを行っていない場合は理由を明示してください。

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
(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)

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(自由記述)

()