

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

南幌町長 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市町村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。
- 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。
- 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、幼稚園・認定こども園・特別支援学校、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（ファミリー・サポート・センター）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）		年 月 日	
保護者	フリガナ		申請子どもとの続柄	居住地	〒 _____
	氏名			現住所が市外の場合 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入して下さい。				生年月日
	①	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	②	父携帯・母携帯 父勤務先・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		現住所	〒 _____	個人番号(マイナンバー)
	氏名		申請者と異なる 場合のみ記載		
			生年月日	年 月 日	
認定種別	<input type="checkbox"/> 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、保育を必要とする (第2号) <input type="checkbox"/> 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日までの間にあり、保育を必要とする (第3号)				

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		所在地	〒 _____ ()
施設名		利用開始予定日	年 月 日

【以下、新2号認定及び新3号認定を希望する方のみ記入してください。】

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 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 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()		

同居者を全員記入して下さい。※別居の場合でも生計を一にしている場合は記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	フリガナ 氏名	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		<input type="checkbox"/> 有	
			大正 昭和 平成 令和	年 月 日		
			個人番号		<input type="checkbox"/> 有	
			大正 昭和 平成 令和	年 月 日		
			個人番号		<input type="checkbox"/> 有	
			大正 昭和 平成 令和	年 月 日		
		個人番号		<input type="checkbox"/> 有		
		大正 昭和 平成 令和	年 月 日			
		個人番号		<input type="checkbox"/> 有		
		大正 昭和 平成 令和	年 月 日			
生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 適用有り (年 月 日保護開始)					
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別)・ <input type="checkbox"/> 障がい者がいる世帯 (<input type="checkbox"/> 児童本人 <input type="checkbox"/> 児童以外)					

<新2号認定、新3号認定を希望する方は必ず裏面も記入して下さい>

預かり保育事業、一時預かり事業、認可外保育施設、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
	<input type="checkbox"/> 認定子ども園等の預かり保育事業 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業	<input type="checkbox"/> 表面記載の利用施設と同じ <input type="checkbox"/> 他の施設	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認定子ども園等の預かり保育事業 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業	<input type="checkbox"/> 表面記載の利用施設と同じ <input type="checkbox"/> 他の施設	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認定子ども園等の預かり保育事業 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業	<input type="checkbox"/> 表面記載の利用施設と同じ <input type="checkbox"/> 他の施設	年 月 日

出産予定がある場合

予定日 ➡ (年 月 日)
 出産後の予定 ➡ 産休のみ取得予定 育休取得予定 (対象者: 父・母・その他 終了予定: 年 月 日)

【以下、新3号認定を希望する方のみ記入してください。】

続柄	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ()
認定を希望日のする年の1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 南幌町内 <input type="checkbox"/> 南幌町外 ※南幌町以外の場合は住所を記入してください。	<input type="checkbox"/> 南幌町内 <input type="checkbox"/> 南幌町外 ※南幌町以外の場合は住所を記入してください。
認定を希望日のする年の前年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 南幌町内 <input type="checkbox"/> 南幌町外 ※南幌町以外の場合は住所を記入してください。	<input type="checkbox"/> 南幌町内 <input type="checkbox"/> 南幌町外 ※南幌町以外の場合は住所を記入してください。
市町村民税非課税世帯に該当する場合は、 <input type="checkbox"/> にレ点を付けてください。		<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に該当

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 居宅外で就労されている方 (予定を含む)	勤務先が発行する就労証明書
自営 (自宅外自営、親族経営等の自営を含む) の場合	就労の内容を証明する書類 (営業許可証、開業届、登記簿謄本、確定申告書、取引先との請負契約書、業務委託契約書の写し等)
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 (出産予定日が確認できるページ)
3 保護者が病気の方	診断書
保護者が障がいをお持ちの方	障害による手帳等の交付を受けている方…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 交付を受けていない方…診断書
4 保護者が介護・看護している方	介護保険被保険者証 (写) または医師の診断書
5 保護者が災害復旧中の方	り災証明書
6 保護者が求職中の方	求職状況申立書
7 保護者が就学中の方	在学証明書 (入学予定の場合は合格通知等)
8 その他	保育を行うことが困難と認められる書類 (詳細はお問い合わせください)