

# 子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書(法第30条の4 2号認定/3号認定)

(申請先) 二戸市長

(申請日)

年 月 日

- 【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、認定こども園(教育利用)・幼稚園等の預かり保育事業(※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)		年 月 日		
保護者	フリガナ	居住地	〒			
	氏名		申請子どもとの続柄	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	大正 昭和 平成 令和	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 申請者と異なる場合のみ記載	〒			
	氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日	個人番号(マイナンバー)
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している(2号認定) <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(3号認定)				左記で3号認定に該当し、市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"/> 市民税非課税に該当	
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 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( )					

上記「認定種別」が(3号認定)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。※個人番号欄は、上記「認定種別」が(3号認定)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。

(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	
	氏名		個人番号			
	1		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	2		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	3		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	4		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	5		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	6		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	

<必ず裏面も記入して下さい>

認定こども園(教育利用)・幼稚園等の預かり保育事業を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ		所在地	〒 _____ 番 _____ 号 _____ ( )
施設名		利用開始予定日	_____ 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 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 _____ 番 _____ 号 _____ TEL: _____ - _____ - _____	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 _____ 番 _____ 号 _____ TEL: _____ - _____ - _____	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 _____ 番 _____ 号 _____ TEL: _____ - _____ - _____	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 _____ 番 _____ 号 _____ 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。

理由		母親の状況	父親の状況
就労	就労種別	<input type="checkbox"/> 外勤 (正社員・常勤職員・派遣職員・臨時職員・非常勤職員・パート・アルバイト) <input type="checkbox"/> 自営 (事業主・配偶者が事業主・親族が事業主) <input type="checkbox"/> 内勤 (委託) <input type="checkbox"/> 農業	<input type="checkbox"/> 外勤 (正社員・常勤職員・派遣職員・臨時職員・非常勤職員・パート・アルバイト) <input type="checkbox"/> 自営 (事業主・配偶者が事業主・親族が事業主) <input type="checkbox"/> 内勤 (委託) <input type="checkbox"/> 農業
妊娠・出産	(申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) _____ 年 _____ 月 _____ 日	
産休・育児休業		_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで
疾病・障害等		(疾病・障害名) _____ (手帳交付) _____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(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	(申請子どもとの続柄: _____)	(申請子どもとの続柄: _____)
	傷病・障害名		
受診等の状況	入院中	通院(月・週 _____ 回)	<input type="checkbox"/> 入院中 _____ 通院(月・週 _____ 回)
	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		<input type="checkbox"/> ハローワークや派遣会社に登録して仕事を探している <input type="checkbox"/> インターネットや求人誌等で仕事を探している <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	<input type="checkbox"/> ハローワークや派遣会社に登録して仕事を探している <input type="checkbox"/> インターネットや求人誌等で仕事を探している <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
就学	学校(機関)名		
	在学(在籍)期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 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

認可外保育施設を利用する方で保育所等の利用申し込みを行わない場合は記入してください。

保育所等の利用申し込み及び教育・保育給付認定の申請を行わなかった理由
<input type="checkbox"/> 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: _____ ) <input type="checkbox"/> 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: _____ 時から _____ 時まで) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

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 外勤・内勤・自営・農業の場合	就労等証明書
2 出産前後の場合 (出産前2ヶ月・後2ヶ月に限る)	
3 育児休業中の場合	
4 就学の場合	
5 病気・障がい等の場合	
6 介護の場合	
7 災害復旧の場合	
8 保護者が求職中の方	求職状況確認書

※産前産後の場合は母子手帳の写しを添付  
 ※就学の場合は在学証明書も可  
 ※病気・障がいの場合は医師の診断書も可  
 ※災害復旧の場合は災証明書も可