

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第2号・第3号)

年 月 日

水戸市長 様

【申請に当たって同意していただく事項】

- 1 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。
- 2 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。
- 3 子ども・子育て支援法第30条の11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。
- 4 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。
- 5 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。
- 6 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時間未満又は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。

保護者	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	個 人 番 号	
	印 (自署の場合は、押印を省略できます。)	年 月 日		
	(住所) 〒 -			
	(電話番号1) (電話番号2)	(父・母・( )) (父・母・( ))		
申請に係る 小学校就学前 子 ども	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	保 護 者 との続柄	個 人 番 号
		年 月 日		
認定希望日 (施設利用開始日)	年 月 日			
認定種別 (該当する□にレ点を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、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日を経過している(第2号) <input type="checkbox"/> 申請子どもは、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日までの間にある(第3号) <input type="checkbox"/> 上記(第3号)に該当し、市民税非課税世帯に該当する場合 <input type="checkbox"/> 該当			
保育を必要とする理由	申請子どもとの続柄	必要とする理由 (該当する□にレ点を付けてください。)		
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他( )		
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他( )		

2 世帯の状況(同居する親族全員)について記入してください。

区分	(ふりがな) 氏 名	申請子どもとの続柄	生年月日	職 業 又 は 学 校 名 等	個人番号 ※2	要介護認定又は 障害者手帳の有無
申請子どもの世帯員			年 月 日			<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日			<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日			<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日			<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日			<input type="checkbox"/> 有

※2 個人番号は、「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ください。

3 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	所在市区町村 <small>(市外施設の場合のみ記入)</small>	利用開始年月日	年 月 日
預かり保育の利用	<input type="checkbox"/> 利用する (預かり保育利用開始年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 利用しない		

4 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)を利用する(予定含む)方は記入してください。

施設名	利用するサービスの種類	所在市区町村 <small>(市外施設の場合のみ記入)</small>	利用開始年月日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業(ファミリー・サポート・センター)		年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業(ファミリー・サポート・センター)		年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業(ファミリー・サポート・センター)		年 月 日

5 保育を必要とする理由に応じて記入してください。なお、保育を必要とする理由を証明する書類の添付が必要です。

理由	父親の状況	母親の状況
就 労	就 労 種 別 <input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営( <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外) <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"/> 自宅外) <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他( )
	通勤手段・時間 手段:自動車・自転車・バス・徒歩・その他( ) 時間:約 分(往復時間を記入)	手段:自動車・自転車・バス・徒歩・その他( ) 時間:約 分(往復時間を記入)
	前年1月1日以降の転職 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ①就労先名: 年 月 日から 就労期間: 年 月 日から ②就労先名: 年 月 日から 就労期間: 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ①就労先名: 年 月 日から 就労期間: 年 月 日から ②就労先名: 年 月 日から 就労期間: 年 月 日から
妊娠・出産		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(出産予定日: 年 月 日)
傷 病	傷病名: <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(月・週 回)	傷病名: <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(月・週 回)
障 害	障害名: 等級( ) 種類(身体・精神・療育・障害年金)	障害名: 等級( ) 種類(身体・精神・療育・障害年金)
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 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(月・週 回)施設名:	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(月・週 回)施設名:
災害復旧	災害の状況:	災害の状況:
求職活動	活動の状況:	活動の状況:
就 学	通学手段・時間 手段:自動車・自転車・バス・徒歩・その他( ) 時間:約 分(往復時間を記入)	手段:自動車・自転車・バス・徒歩・その他( ) 時間:約 分(往復時間を記入)
	目 的 <input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他( )
	期 間 年 月 日まで	年 月 日まで
	卒業後の予定 (就労日数・時間)月・週 日, 1日 時間	(就労日数・時間)月・週 日, 1日 時間
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

口座情報(施設等利用費の振込先)

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店名	支店
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
口座名義	(カタカナで記入)		