

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)

岡垣町長 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。

上記に同意し、子ども・子育て支援法第30条の5第1項に基づき、次の通り施設等利用給付に係る支給認定を申請します。

(保護者) 申請者	フリガナ		申請 子ども との続柄		〒	—
	氏名		印		居住地	
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	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()	生年月日	年 月 日
申請 子ども	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	年 月 日
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(第2号) <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(第3号)					左記で第3号に該当し、市町村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"/> 市町村民税非課税に該当
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 障がい等 <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 障がい等 <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()					
令和5年1月1日現在の住所	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ			(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

同居者を全員記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	フリガナ	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				
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>

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		利用開始予定日	令和 年 月 日
施設名			

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	〒 ー ー TEL: ー ー	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 ー ー TEL: ー ー	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 ー ー TEL: ー ー	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 ー ー TEL: ー ー	年 月 日

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

区分	母親の状況	父親の状況	
<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他： ()	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他： ()	
<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 疾病 障がい等	(疾病・障がい名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(疾病・障がい名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> 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・障がい名		
	受診等の状況 <input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()	
<input type="checkbox"/> 求職活動	活動の内容：	活動の内容：	
<input type="checkbox"/> 就 学	学校名		
	就学日数	1カ月あたり 日	1カ月あたり 日
	就学時間	午前・午後 午前・午後 時 分 ~ 時 分	午前・午後 午前・午後 時 分 ~ 時 分
	就学期間	令和 年 月 日~令和 年 月 日	令和 年 月 日~令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 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	

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

※指定の様式あり(岡垣町ホームページの「幼児教育・保育の無償化」のページでダウンロード可能)

1	就労されている方(予定を含む) ※就労時間が月60時間以上に限る	就労証明書※(就労内定の場合はその証明を受けて下さい) 自営業・内職の場合は事業内容のわかる書類(個人事業届、登記簿謄本、営業許可書等)を添付すること
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(氏名と出産予定日が記載されているページ)
3	保護者が学校に在学中の方	在学証明書(入学予定の場合は合格通知等)
4	保護者が病気の方	通院・入院証明書※
5	保護者が障がいをお持ちの方	障がい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：通院・入院証明書※
6	保護者が介護している方	申立書※及び介護が必要であることがわかる書類(診断書、介護保険証の写し等)
7	保護者が求職中の方	誓約書兼就職活動報告書※

(新2号・新3号認定：届出保育所、一時預かり等利用者)

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・変更申請書(法第30条の4第2号・第3号)

岡垣町長 様

【申請にあ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られることがあります。
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。
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。

上記に同意し、子ども・子育て支援法第30条の5第1項に基づき、次の通り施設等利用給付に係る支給認定を申請します。

Application form with fields for guardian (岡垣 太郎), child (岡垣 びわ), and reasons for care. Includes checkboxes for employment, pregnancy, illness, etc.

同居者を全員記入して下さい。

Table listing family members (siblings, grandparents) with columns for name, birth date, and care status.

<必ず裏面も記入して下さい>

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)方は記入して下さい。

フリガナ 施設名	注)この欄は記入しな いでください。	利用開始日 (利用開始予定日)	令和 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
〇〇〇エン 〇〇〇園	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 *** - **** ***** TEL: ***-***-****	令和〇年〇月〇日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - 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。

区分	母親の状況	父親の状況	
□就労	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他： ()	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他： ()	
□妊娠・出 産	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日		
□疾病 障がい等	(疾病・障がい名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(疾病・障がい名) (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・障がい名		
	受診等 の状況 <input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()	
□求職活動	活動の内容：	活動の内容：	
□就 学	学校名		
	就学日数	1カ月あたり 日	1カ月あたり 日
	就学時間	午前・午後 午前・午後 時 分 ~ 時 分	午前・午後 午前・午後 時 分 ~ 時 分
	就学期間	令和 年 月 日~令和 年 月 日	令和 年 月 日~令和 年 月 日
□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	

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

※指定の様式あり(岡垣町ホームページの「幼児教育・保育の無償化」のページでダウンロード可能)

1	居宅外で就労されている方(予定を含む) ※就労時間が月60時間以上に限る	就労証明書※(就労内定の場合はその証明を受けて下さい) 自営業・内職の場合は事業内容のわかる書類(個人事業届、登記簿謄本、営業許可書等)を添付すること
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(氏名と出産予定日が記載されているページ)
3	保護者が学校に在学中の方	在学証明書(入学予定の場合は合格通知等)
4	保護者が病気の方	通院・入院証明書※
5	保護者が障がいをお持ちの方	障がい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：通院・入院証明書※
6	保護者が介護している方	申立書※及び介護が必要であることがわかる書類(診断書、介護保険証の写し等)
7	保護者が求職中の方	誓約書兼就職活動報告書※