

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。

# 子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書

常総市長 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。
- 当該申請子どもの教育施設における補給給付の申請に必要な場合は、常総市が保有する個人情報（住民基本台帳に記載された情報、課税状況、生活保護受給状況等（同一世帯者及び生計を同じにするものを含む））を照会・閲覧すること、並びにその情報に基づき決定した内容について、施設・事業者に提供することがあります。

以上のことに同意し、幼稚園・認定こども園、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（ファミサポ）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。

申請日	年 月 日		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	印		現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒 _____
	※ 自署の場合は印は不要です。				
目中的連絡先（電話番号）			生年月日	年 月 日	
①	父・母 その他（ ）	②	父・母 その他（ ）	個人番号 （マイナンバー）	
申請子ども	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	保育の希望 無 <input type="checkbox"/> 【第1号】幼稚園等（※1）の利用を希望				左記で第3号に該当し、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
	保育の希望 有 幼稚園・認定こども園等（※2）での預かり保育（※3）や認可外保育施設等（※4）での保育を希望 <input type="checkbox"/> 【第2号】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 <input type="checkbox"/> 【第3号】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				

- ※1. 「幼稚園等」とは、子ども・子育て支援新制度へ移行していない幼稚園をいいます。  
※2. 「認定こども園等」とは、認定こども園及び子ども・子育て支援新制度へ移行済の幼稚園をいいます。  
※3. 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。  
※4. 「認可外保育施設等」とは、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、ファミリーサポートセンター事業をいいます。

認定希望日の 本年1月1日現在の住所 ※5	(母親)	<input type="checkbox"/> 現市区町村と同じ <input type="checkbox"/> 現市区町村と異なる（市区町村名： _____）	(父親)	<input type="checkbox"/> 現市区町村と同じ <input type="checkbox"/> 現市区町村と異なる（市区町村名： _____）
認定希望日の 前年1月1日現在の住所 ※6	(母親)	<input type="checkbox"/> 現市区町村と同じ <input type="checkbox"/> 現市区町村と異なる（市区町村名： _____）	(父親)	<input type="checkbox"/> 現市区町村と同じ <input type="checkbox"/> 現市区町村と異なる（市区町村名： _____）

※5. 6. 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本年（前年）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。

世帯の状況（同居者）を記入してください。

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	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	年 月 日		
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

【第1号認定希望の方のみ】利用する（予定を含む）子ども・子育て支援新制度に未移行の幼稚園を記入してください。

フリガナ		所在地	〒 _____
施設名		利用開始予定日	年 月 日

＜2号認定・3号認定希望の方は裏面も記入して下さい＞

以下については、「認定種別」で【第2号】又は【第3号】を選択した方のみ記入してください。

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

		母親の状況		父親の状況	
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"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <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"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他： ( )	
	通勤手段・時間	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 ( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 ( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。
		通勤時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通勤時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)
妊娠・出産 (申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日				
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		<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 ( )	
災害復旧	災害の状況：		災害の状況：		
求職活動等	活動の内容：		活動の内容：		
就学	通学手段・時間	通学手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 ( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。	通学手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 ( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。
	通学時間		約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	
	就学の目的	<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) <input type="checkbox"/> 週 日, 1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月		(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日, 1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月		
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		

子ども・子育て支援新制度に未移行の幼稚園で預かり保育を含めて利用する(予定含む)方は記入してください。

フリガナ			所在地	〒 - 市 ( )
施設名			利用開始予定日	年 月 日

既に教育・保育給付1号認定を受けており、認定こども園等の預かり保育を利用する(予定含む)方は記入してください。

フリガナ			所在地	〒 - 市 ( )
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 (ファミサポ)	〒 - 市 TEL: - -	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動 (ファミサポ)	〒 - 市 TEL: - -	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動 (ファミサポ)	〒 - 市 TEL: - -	年 月 日

認可外保育施設等を利用(予定含む)しており、教育・保育給付認定の申請を行わなかった理由を記入してください。

<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"/> 他の保育所等では、希望する時間帯に保育が行われていないため。(希望する保育時間： 時～ 時) <input type="checkbox"/> 他の保育所等では、自宅や職場から遠いなど地理的に希望と合わないため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )
--

※市役所記載欄

子ども番号	受付日	受付者	入力日	入力者	認定の可否	認定区分	備考
	/		/		可 否	<input type="checkbox"/> 1号認定 <input type="checkbox"/> 2号認定 <input type="checkbox"/> 3号認定	