

## 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)

南風原町長 殿

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)		令和 年 月 日	
申請子ども	フリガナ			生年月日	平成 年 月 日
	氏名				
	現住所	〒 南風原町字			
保護者	フリガナ	申請子どもとの続柄	連絡先	- -	
	氏名			- -	
	生年月日	昭和 年 月 日	現住所が町外の場合 町内転入後の住所	〒 年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)			転入予定日	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)				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"/> 市町村民税非課税世帯に該当
	<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)				
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。				
	子どもから見た続柄	父	<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( )	母	<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(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

① 認定希望日が4月～8月までの場合	⇒ 前年1月1日現在の住所(※2)	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 他市町村在住 →	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 他市町村在住 →
② 認定希望日が9月～3月までの場合	⇒ 現年1月1日現在の住所(※3)	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 他市町村在住 →	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 他市町村在住 →

※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(現年)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(所得課税証明書など)を添付して下さい。なお、利用が9月以降の場合は、①の市町村での証明書は不要です。

同居者を全員記入して下さい。

申請子どもの保護者及び同居者	フリガナ 氏名	申請子どもから見た続柄	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	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
1			個人番号			<input type="checkbox"/> 有
2			個人番号			<input type="checkbox"/> 有
3			個人番号			<input type="checkbox"/> 有
4			個人番号			<input type="checkbox"/> 有
5			個人番号			<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号			<input type="checkbox"/> 有
7			個人番号			<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		所在地	〒	—				
施設名					Tel	(	)	
		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
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり	〒 —	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動(ファミサポ等)	(Tel: — — )	
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり	〒 —	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動(ファミサポ等)	(Tel: — — )	
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり	〒 —	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動(ファミサポ等)	(Tel: — — )	
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり	〒 —	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動(ファミサポ等)	(Tel: — — )	

※認可外保育施設の利用を希望する方(幼稚園利用者は除く)は、「保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書」を添付してください。(教育・保育給付認定(法19条)の申し込みをしていない場合)

【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られることがあります。
- 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。
- 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、保護者又は不要義務者の雇い主、その他関係者への聴取、資料提供を依頼することがあります。
- 無償化認定後、世帯構成(結婚、離婚、祖父母など同居となった等)、保育必要理由(就労、病気等)、勤務先や就労状況などに変更があった場合には、14日以内に必要書類を提出して下さい。世帯状況が確認出来ない場合、認定取り消しとなる場合があります。

令和 年 月 日

保護者 父: \_\_\_\_\_ 印  
母: \_\_\_\_\_ 印