

様式第2号(第2条、第5条関係)

子育てのための施設等利用給付認定申請書 (法第30条の4第2号・第3号)

年 月 日

受付印

(宛先)京丹後市長 様
京丹後市教育委員会 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。

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	氏 名		申請児童との続柄	
	(ふりがな)		〒 ー	
	印		※現住所が市外の場合は市内転入後の住所を記載	
	個人番号	生年月日	年 月 日	
連絡先	(電話)・自宅	・母携帯	・父携帯	
申 請 児 童	氏 名		生年月日	
	(ふりがな)		年 月 日	
	個人番号	※保護者と異なる場合のみ記載		
認 定 種 別	① 申請児童は、申請年度4月1日時点で3歳に達している（第2号）			
	② 申請児童は、申請年度4月1日時点で3歳に達しておらず、かつ、申請児童の属する世帯が市民税非課税世帯に該当する（第3号） ⇒下記の「住所の状況」を記入してください。			
	住所の状況	認定希望日の前年1月1日現在の住所		認定希望日の前々年1月1日現在の住所
		父	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	父 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ
		母	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	母 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ
		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	
	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		
※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。				

世帯の状況

※同居者を全員記入してください。

個人番号は、「認定種別」が②（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下さい。

区分	氏名		児童との続柄	生年月日 個人番号	職業又は 学校名等	保育を必要とする事由
申請児童の 保護者及び同居者 (生計の中心者の番号に○を付けて下さい。)	1	(ふりがな)	父	年 月 日		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間日数等や疾病の状況など)
	2	(ふりがな)	母	年 月 日		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間日数等や疾病の状況など)
	3	(ふりがな)	(同居)祖父	年 月 日		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間日数等や疾病の状況など)
	4	(ふりがな)	(同居)祖母	年 月 日		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間日数等や疾病の状況など)
	5	(ふりがな)		年 月 日		
	6	(ふりがな)		年 月 日		
	7	(ふりがな)		年 月 日		
生活保護の適用の有無			適用なし ・ 適用あり(年 月 日保護開始)			
家庭の状況			<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外			

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。

(ふりがな) 施設名	所在地・連絡先	
	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、子育て支援活動支援事業(ファミリー・サポート・センター事業等)を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

(ふりがな) 施設名	利用するサービスの種類	所在地・連絡先	利用開始予定日
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て支援活動		年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て支援活動		年 月 日

※京丹後市記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否	認定区分	認定番号	備考
可 ・ 否 (否とする理由) 年 月 日認定	<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号		

※施設記載欄(施設(事業者)を経由して京丹後市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)