

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）

（宛先） 恵庭市長 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条の規定により、施設等利用給付認定の審査並びに申請者及び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及び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、施設及び事業者を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項の規定により、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、申請日にかかわらず、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。	

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、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項の規定により、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

※ 預かり保育事業とは、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年間開所日数が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）	フリガナ		申請 子ども との続柄	認定希望日（利用開始日）	年 月 日
	氏名			現住所	〒 _____ 年 月 日
	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ください。			現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒 _____ 年 月 日
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
子ども	フリガナ		現住所 申請者と異なる 場合のみ記載	〒 _____	個人番号(マイナンバー)
	氏名		生年月日	年 月 日	
認定種別	<input type="checkbox"/> 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、保育を必要とする（新2号） <input type="checkbox"/> 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日までの間にあり、保育を必要とする（新3号）				

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚園部を利用する（予定を含む。）方は記入してください。

フリガナ		所在地	〒 _____ 年 月 日
利用施設名		利用開始日	年 月 日

【以下、新2号認定及び新3号認定を希望する方のみ記入してください。】

保育を必要とする理由	該当する□に✓（チェック）してください。							
	(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 障害等	<input type="checkbox"/> 介護 看護	<input type="checkbox"/> 災害 復旧	<input type="checkbox"/> 求職 活動	<input type="checkbox"/> 就学
(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 障害等	<input type="checkbox"/> 介護 看護	<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（ ）

同居者を全員記入してください。（単身赴任等により別居している方も記入してください。）

（生 計 の 中 心 子 ど も の 保 護 者 及 び 同 居 者 の 番 号 に ○ を 付 け て く だ さ い）	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	
	1		個人番号		
				年 月 日	
	2			個人番号	
				年 月 日	
	3			個人番号	
			年 月 日		
4			個人番号		
			年 月 日		
5			個人番号		
			年 月 日		
6			個人番号		
			年 月 日		

生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 適用有り（ 年 月 日保護開始）
中国残留邦人等の支援給付	<input type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 適用有り（ 年 月 日開始）

< 新2号認定、新3号認定を希望する方は必ず裏面も記入してください。 >

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（ファミリー・サポート・センター事業）を利用する（予定を含む。）方は記入してください。

フリガナ施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始日
	<input type="checkbox"/> 幼稚園、認定こども園の預かり保育事業 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業	<input type="checkbox"/> 表面記載の利用施設と同じ <input type="checkbox"/> 他の施設 (住所)	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 幼稚園、認定こども園の預かり保育事業 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業	<input type="checkbox"/> 表面記載の利用施設と同じ <input type="checkbox"/> 他の施設 (住所)	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 幼稚園、認定こども園の預かり保育事業 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業	<input type="checkbox"/> 表面記載の利用施設と同じ <input type="checkbox"/> 他の施設 (住所)	年 月 日

【以下、新3号認定を希望する方のみ記入してください。】

続柄	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他（ ）
認定を希望する年の1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 恵庭市内 ※恵庭市外の場合は住所を記入してください。 <input type="checkbox"/> 恵庭市外	<input type="checkbox"/> 恵庭市内 ※恵庭市外の場合は住所を記入してください。 <input type="checkbox"/> 恵庭市外
認定を希望する年の前年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 恵庭市内 ※恵庭市外の場合は住所を記入してください。 <input type="checkbox"/> 恵庭市外	<input type="checkbox"/> 恵庭市内 ※恵庭市外の場合は住所を記入してください。 <input type="checkbox"/> 恵庭市外
市町村民税非課税世帯に該当する場合は、 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> （チェック）してください。		<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に該当

添付書類（以下の中から該当する書類を添付してください。）

1 居宅外で月48時間以上就労されている方（予定を含む。） ※自営（自宅外自営、親族経営等の自営を含む。）の場合	勤務先が発行する就労証明書 事業状況申告書、自営の証明書類の写し（確定申告書、営業許可証、開業届等）
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・妊婦健康診査受診票の写し（氏名及び出産予定日が記載されているもの）
3 保護者が病気の方 保護者が障害をお持ちの方	診断意見書及び理由書 障害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…診断意見書等
4 保護者が介護・看護している方	理由書及び介護が必要であることがわかる書類（診断意見書、障がい者手帳、介護保険証等の写し）
5 保護者が災害復旧中の方	罹災証明書
6 保護者が求職中の方	求職活動申出書
7 保護者が就学中の方	在学証明書等（入学予定の場合は、合格通知等）
8 育児休業取得中の方	就労証明書（育児休業期間が明記されているもの）
9 その他	保育を行うことが困難と認められる書類（詳細はお問い合わせください。）

※第28条第2号の規定により変更の認定を受けようとする場合は、保護者及び子どもの氏名等のほか変更する事項のみを記入すること。