様式第２号（第３条関係）

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）

桜川市長　　様

次のとおり、子育てのための施設等利用給付認定を申請します。

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	現住所	〒	
	氏名				現住所が市外の場合市内転入後の住所	〒	
	詳細	父氏名		生年月日	年　月　日	携帯	
		母氏名		生年月日	年　月　日	携帯	

申請子ども	フリガナ		性別	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　歳
				利用年度４月１日時点での年齢	歳

認定種別 該当にレ	□　新２号（３～５歳児・利用年度４月１日時点で満３歳以上の子ども　※保育の２号認定児童は支援対象外） └→ □　１号認定有り（幼稚園又は認定こども園教育部分に在籍している。） □　認可外保育施設等を利用 □　新３号（０～２歳児・利用年度４月１日時点で３歳未満の子ども　※保育の３号認定児童は支援対象外） └→ □　【必須】市民税非課税世帯に該当する。（非該当の場合は認定できません。無償化の対象外です。） □　１号認定有り（幼稚園又は認定こども園教育部分に在籍している。）

	(子から見た続柄)	該当する□にレ点を付けてください。
保育の利用を必要とする理由 該当にレ	父　・　母 その他（　）	□就労　□妊娠・出産　□疾病・障害　□介護・看護等　□求職活動　□就学 □災害復旧　□虐待・ＤＶ　□その他（　）
	父　・　母 その他（　）	□就労　□妊娠・出産　□疾病・障害　□介護・看護等　□求職活動　□就学 □災害復旧　□虐待・ＤＶ　□その他（　）

上記「認定種別」が（新３号）に該当する場合には記入してください。（現住所と同じ場合には記入不要）

認定を希望する年の１月１日現在の所在地	（父親）	（　市・区・町・村　）	（母親）	（　市・区・町・村　）
認定を希望日の前年の１月１日現在の所在地	（父親）	（　市・区・町・村　）	（母親）	（　市・区・町・村　）

【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。

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時間未満又は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。

年　月　日　保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

必ず裏面も記入してください　⇒⇒

①世帯の状況

区分	（ふりがな） 氏名	児童との続柄	生年月日	性別	年齢	勤務先名又は学校名等	要介護認定又は障害者手帳（療育手帳）
児童の世帯員			年　月　日	男・女			□有
			年　月　日	男・女			□有
			年　月　日	男・女			□有
			年　月　日	男・女			□有
			年　月　日	男・女			□有
			年　月　日	男・女			□有
			年　月　日	男・女			□有

該当項目を記入ください。	・生活保護（　　年　　月～）　・里親（　　年　　月～）

②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。）方は記入してください。　1号認定の方は記入する。

フリガナ		現住所	〒　　TEL　　（　　）
施設名		利用開始（予定）日	年　月　日

③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（予定）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
	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