

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。

年 月 日

## 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) 大崎市長

### 【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1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。
- 施設の利用開始予定日現在で、子ども・子育て支援法第7条第10項第4号へ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。

保護者	フリガナ		申請 子ども との続柄	居住地	
	氏名	印		生年月日	年 月 日
	※ 自署の場合は印は不要です。				
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下さい。					
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( )	
申請 子ども	フリガナ		現住所 保護者と異なる 場合のみ記載	個人番号(マイナンバー)	
	氏名		生年月日	平成 年 月 日	
保育を必 要とする 理由	該当する番号を記入下さい。				
	【父: 】	① 就労 ② 妊娠・出産 ③ 疾病・障がい ④ 介護等 ⑤ 災害復旧			
【母: 】	⑥ 求職活動中 ⑦ 就学 ⑧ その他※具体的に記入( )				
認定種別	<input type="checkbox"/> 第2号 【要件】施設の利用開始予定日時点で、満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している申請子ども。				
	両方の要件に該当すること。				
課税状況 の確認	<input type="checkbox"/> 第3号 【要件1】施設の利用開始予定日時点で、満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間の申請子ども。				
	【要件2】市町村民税非課税世帯に該当する世帯の申請子ども。				
課税状況 の確認	上記の認定種別「第3号」を申請する場合に記入して下さい。				
	本年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 大崎市	<input type="checkbox"/> 大崎市以外	【対象】父・母・その他( ) 【市町村名】( )	【大崎市への転入日】 年 月 日
	前年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 大崎市	<input type="checkbox"/> 大崎市以外	【対象】父・母・その他( ) 【市町村名】( )	【大崎市への転入日】 年 月 日
※大崎市以外の場合は、記入した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課税額が分かる書類(課税証明書など)を添付して下さい。					

利用(予定含む)する幼稚園を記入して下さい。

フリガナ		利用開始予定日	年 月 日
施設名		所在地	TEL ( )

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	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

(必ず裏面も記入して下さい)

同居者を全員記入し、個人番号欄は、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

ひとり親世帯等の有無		非該当 ・ 該当 (□ひとり親世帯 □在宅障がい児(者)のいる世帯)				
生活保護受給の有無		非該当 ・ 該当				
(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	1	フリガナ	申請子ども との続柄	生年月日		勤務先等
		氏名		個人番号	年 月 日	
	2			個人番号	年 月 日	
				大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
	3			個人番号	年 月 日	
				大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
	4			個人番号	年 月 日	
				大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
	5			個人番号	年 月 日	
				大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
	6			個人番号	年 月 日	
				大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
	7			個人番号	年 月 日	
				大正 昭和 平成 令和	年 月 日	

添付書類 (下記の中から該当する書類を、父母の分をそれぞれ添付して下さい。)

1 就労されている方 (会社員・公務員・団体職員・外交員・内職等)	就労証明書 (就労内定の場合はその証明を受けて下さい。)
就労されている方 (自営業・農業・畜産業等)	自営の証明書類の写し (確定申告書、営業許可証、事業開始届等)
2 出産前後の方 (産前8週間・産後8週間)	母子健康手帳の写し (氏名と出産予定日が記載されているページ)
3 保護者が学校に在学中の方	在学証明書 (入学予定の場合は合格通知等) 及び通学状況のわかるもの
4 保護者が病気の方	診断書
5 保護者が障がいをお持ちの方	障がい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
6 保護者が介護している方	介護が必要であることがわかる書類 (診断書、介護保険証の写し等)
7 保護者が求職中の方 (3か月以内)	求職活動中であることを証明するもの (ハローワークの登録証写し等)
8 認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書 (別紙)