

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)

(宛先) 葉山町長

【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住民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、その他施設における副食費の徴収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(※)を含む。)、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。

※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		令和 年 月 日			
申請者 (保護者)	フリガナ			〒	240 -		
	氏名	印	申請児童との続柄	現住所	葉山町		
	※ 自署の場合、押印は不要です。						
生年月日	昭和 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下さい。					
	平成 年 月 日	①	-	-	②	-	-
		母携帯・父携帯・母勤務先・父勤務先・自宅・その他()				母携帯・父携帯・母勤務先・父勤務先・自宅・その他()	

□子ども・子育て支援法に基づく認定申請に係る記載事項の個人番号について、葉山町が職権で確認することに同意します。

	フリガナ 氏名	申請児童との続柄	生年月日	就労・通学・通園先等 ※申請児童は在籍(予定)施設の名称	要介護認定又は 障害者手帳
申請児童	1	本人	平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	個人番号				
申請児童の保護者及び同居者 <small>※住民票も記入してください。</small>	2		昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	個人番号				
	3		昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	個人番号				
	4		昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	個人番号				
	5		昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
個人番号					
6		昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	
個人番号					
7		昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	
個人番号					

認定種別

申請児童は、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日を経過している(第2号)

申請児童は、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、かつ町民税非課税世帯である(第3号)

ひとり親世帯等の有無 非該当 該当 (ひとり親世帯 在宅障害児(者)のいる世帯)

生活保護等の受給の有無 非該当 該当

保育を必要とする理由

該当する□にレ点を付けて下さい。

(申請児童から見た続柄) 母・父・その他() 就労 妊娠出産 病気ケガ 障害 介護看護 災害復旧 求職活動 就学 その他()

(申請児童から見た続柄) 母・父・その他() 就労 妊娠出産 病気ケガ 障害 介護看護 災害復旧 求職活動 就学 その他()

令和5年1月1日現在の住所(※) (母親) 現住所と同じ (父親) 現住所と同じ

令和4年1月1日現在の住所(※) (母親) 現住所と同じ (父親) 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区町村で発行される市区町村民税所得割額がわかる証明書(課税証明書など)を提出いただく場合があります。提出が必要な方については、個別に連絡させていただきます。

<必ず裏面も記入して下さい>

利用する幼稚園・認定こども園（教育部分）・特別支援学校幼稚部を記入して下さい（予定含む）。

フリガナ 施設名		所在地 ※葉山町外の場合	〒 -
		利用開始（予定）日	令和 年 月 日 電話： - -

利用する認可外保育施設、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記入して下さい（予定含む）。

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地（葉山町外の場合）	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	〒 - 電話： - -	令和 年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 - 電話： - -	令和 年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 - 電話： - -	令和 年 月 日

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

		母親の状況		父親の状況	
就 労	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 雇用内定 <input type="checkbox"/> 復職予定	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 雇用内定 <input type="checkbox"/> 復職予定	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 雇用内定 <input type="checkbox"/> 復職予定	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 雇用内定 <input type="checkbox"/> 復職予定
	就労形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ） ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ） ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ） ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ） ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。
	通勤時間	約 分（往復にかかる時間を記入して下さい。）	約 分（往復にかかる時間を記入して下さい。）	約 分（往復にかかる時間を記入して下さい。）	約 分（往復にかかる時間を記入して下さい。）
妊娠・出産 （申請時点）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（出産予定日） 令和 年 月 日	/			
病気・ケガ	傷病名 療養予定期間 令和 年 月 日まで	傷病名 療養予定期間 令和 年 月 日まで			
障害	障害名 手帳の交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害名 手帳の交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
介 護 ・ 看 護	被介護者名 （申請児童との続柄： ）	（申請児童との続柄： ）			
	傷病・障害名 受診等の状況 施設名：	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中（月・週 回） <input type="checkbox"/> 通学・通所（週 回）	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中（月・週 回） <input type="checkbox"/> 通学・通所（週 回）	施設名：	
災害復旧	災害の状況：		災害の状況：		
求職活動	活動の内容：		活動の内容：		
就 学	通学手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ） ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ） ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。		
	通学時間	約 分（往復時間を記入して下さい。）	約 分（往復時間を記入して下さい。）		
	就学目的	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	期間	令和 年 月 日まで	令和 年 月 日まで		
卒業後の 予定	<input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労予定 <input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労予定 <input type="checkbox"/> 月			
その他	保育を行うことが困難と認められる内容		保育を行うことが困難と認められる内容		

添付書類（以下の中から該当する書類を添付して下さい）※父・母ともに必要

1 居宅外で就労されている方（予定を含む）	就労（雇用内定）証明書（就労内定の場合はその証明を受けて下さい）
自営（自宅外自営、親族経営等の自営を含む）の場合	就労（雇用内定）証明書、就労状況申告書、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）
4 保護者が病気、ケガの方	診断書（傷病名、期間、状況が記載されたもの）
5 保護者が障害をお持ちの方	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…診断書（傷病名、期間、状況が記載されたもの）
6 保護者が介護している方	介護・看護状況申告書及び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）