

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。

令和 年 月 日

### 子育てのための施設等利用給付認定申請書(第2号・第3号)

(宛先) 掛川市長

**【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られることがあります。
- 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)、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。

|        |   |  |  |                                       |                                   |  |
|--------|---|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
|        |   | 認定希望日(施設利用開始日)   |  | 年 月 日                                 |                                   |  |
| 保護者    | フリガナ  |  |  | 生年月日                                  | 年 月 日                             |  |
|        | 氏名  | ㊦  |  | 個人番号<br>(マイナンバー)                      | 父：<br>母：                          |  |
|        | 居住地   | 〒 -  |  | 〒 -                                   |                                   |  |
|        | 前年1月1日現在の住所   | <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ( )<br>※下記認定種別で第3号に該当し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。 |  |                                       |                                   |  |
|        | 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<br>父勤務先・母勤務先<br>自宅・その他( )  |  | ②                                     | 父携帯・母携帯<br>父勤務先・母勤務先<br>自宅・その他( ) |  |
| 子ども申請  | フリガナ  | 〒 -  |  | 個人番号(マイナンバー)                          |                                   |  |
|        | 氏名  | 現住所<br>申請者と異なる場合のみ記載   |  |                                       |                                   |  |
|        | 生年月日  | 年 月 日  |  |                                       |                                   |  |
| 利用施設名称 |   |  |  |                                       |                                   |  |
| 認定種別   | <input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している(第2号) |  |  | 左記で第3号に該当し、市民税非課税世帯に該当する場合は、          |                                   |  |
|        | <input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある(第3号) |  |  | <input type="checkbox"/> 市民税所得割非課税に該当 |                                   |  |

同居者を全員記入して下さい。

| (生計の中心者の番号に○を付けて下さい) | フリガナ | 申請子どもとの続柄 | 生年月日                    | 就労・通学・通園先<br>又は単身赴任先 | 要介護認定<br>又は障害者<br>手帳       |
|----------------------|------|-----------|-------------------------|----------------------|----------------------------|
|                      | 氏名   |           |                         |                      |                            |
| 1                    |      |           | 大正 昭和<br>平成 令和    年 月 日 |                      | <input type="checkbox"/> 有 |
| 2                    |      |           | 大正 昭和<br>平成 令和    年 月 日 |                      | <input type="checkbox"/> 有 |
| 3                    |      |           | 大正 昭和<br>平成 令和    年 月 日 |                      | <input type="checkbox"/> 有 |
| 4                    |      |           | 大正 昭和<br>平成 令和    年 月 日 |                      | <input type="checkbox"/> 有 |
| 5                    |      |           | 大正 昭和<br>平成 令和    年 月 日 |                      | <input type="checkbox"/> 有 |
| 6                    |      |           | 大正 昭和<br>平成 令和    年 月 日 |                      | <input type="checkbox"/> 有 |

<必ず裏面も記入して下さい>

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<br>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<br>病児保育・子育て援助活動 | 〒 -<br>TEL: - - | 年 月 日   |
|             | 認可外・一時預かり<br>病児保育・子育て援助活動 | 〒 -<br>TEL: - - | 年 月 日   |
|             | 認可外・一時預かり<br>病児保育・子育て援助活動 | 〒 -<br>TEL: - - | 年 月 日   |
|             | 認可外・一時預かり<br>病児保育・子育て援助活動 | 〒 -<br>TEL: - - | 年 月 日   |

|            |   |
|------------|---|
| 保育を必要とする理由 | 該当する□にレ点を付けて下さい。  |
|            | (子から見た続柄)<br>父・母・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 出産 <input type="checkbox"/> 疾病 障がい等 <input type="checkbox"/> 介護 看護 <input type="checkbox"/> 災害 復旧 <input type="checkbox"/> 求職 活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 保育を必要とする理由 | (子から見た続柄)<br>父・母・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 出産 <input type="checkbox"/> 疾病 障がい等 <input type="checkbox"/> 介護 看護 <input type="checkbox"/> 災害 復旧 <input type="checkbox"/> 求職 活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1 居宅外で就労されている方 (予定を含む)        | 雇用証明書(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      | 確認書、自営の証明書類の写し(確定申告書1表・2表)  |
| 2 出産前後の方(出産前3ヶ月・後3ヶ月 計6ヶ月に限る) | 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<br>交付を受けていない方…診断書 |
| 6 保護者が介護している方                 | 確認書、申立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)                          |
| 7 保護者が求職中の方                   | 求職活動中であることを証明するもの   |
| 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   |

認可外保育施設利用者のみご記入ください。

私は、子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)第20条第4項に規定する教育・保育給付認定の申請及び保育所等の利用申し込みを行わなかった理由は以下の通りです。

- 既に利用している認可外保育施設を継続して利用するため  
(認可外保育施設名: )
- 利用可能な保育所等では、就労等により保育所等の利用を希望する時間帯の保育が行われていないため  
(希望する保育時間: 時～ 時)
- 利用可能な保育所等は、自宅や職場から遠いなど地理的に希望に合っていないため
- その他(自由記述)

※教育・保育給付認定の申請及び保育所等の利用申し込みを行っていない、主な理由の一つにチェックすること。