

子育てのための施設等利用給付認定申請書 兼 現況届

(宛先) 五戸町長

【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町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、次のとおり、施設等利用費に係る認定を申請（現況を届け出）します。

利用（予定含む）する施設・サービスの種類	認定区分	施設名
<input type="checkbox"/> 幼稚園（私学助成園）	<input type="checkbox"/> 新1号（保育の必要性なし）	
<input type="checkbox"/> 幼稚園・認定こども園及び預かり保育事業 <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・病後児保育事業 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター	<input type="checkbox"/> 新2号・新3号 （保育の必要性あり）	

※新2号認定・・・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日を経過している児童

※新3号認定・・・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、かつ市民税非課税世帯の児童

				申請日		年 月 日	
保護者	フリガナ		性別	生年月日		児童との続柄	
	氏名	印					
	個人番号						
	住所	〒		保護者 連絡先	自宅 父携帯 母携帯		
	保護者の 1月1日の住所	年	父 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外 母 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外				
申請子ども	フリガナ		性別	生年月日		障がいの有無	
	氏名					<input type="checkbox"/> 無	
	個人番号					<input type="checkbox"/> 有(手帳 級)	
	住所	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 保護者と異なる（下記に記載） 〒 -					

①保育を必要とする理由等 ※認定区分が「新2号・新3号」の方は記入してください。

	児童との続柄	保護者の状況
保育を必要とする事由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 産前産後 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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・職業訓練 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ()
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 産前産後 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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・職業訓練 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ()

<必ず裏面も記入してください>

②世帯の状況

	氏名	個人番号	続柄	性別	勤務先・通学・通園施設名等
児童以外の同居者 (世帯分離含む)				男・女	
				男・女	
				男・女	
				男・女	
				男・女	
				男・女	
				男・女	
同居者の障害		無・有（氏名： ）（ 手帳 級）			

③祖父母の状況

	区分	年齢	住所等（同居の場合は記入不要）	就労状況等
祖父母の状況	父方の祖父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所：	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 入院・通院 <input type="checkbox"/> 無職
	父方の祖母		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所：	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 入院・通院 <input type="checkbox"/> 無職
	母方の祖父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所：	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 入院・通院 <input type="checkbox"/> 無職
	母方の祖母		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所：	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 入院・通院 <input type="checkbox"/> 無職

【施設記入欄】（施設を経由して町に提出する場合）

受付年月日	年 月 日	施設名	
担当者氏名		担当者連絡先	
利用契約（内定）の有無	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 内定（ 年 月 日）） <input type="checkbox"/> 無		

【町記入欄】

受付年月日	年 月 日		
認定の可否		認定区分	認定番号
可・否（否の理由： ）		<input type="checkbox"/> 新1号 <input type="checkbox"/> 新2号 <input type="checkbox"/> 新3号	
利用施設（事業者）名		認定期間	
		自 至	年 月 日 年 月 日

