

子育てのための施設等利用給付認定（変更）申請書

(宛先) 茅ヶ崎市長

【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その他施設における給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。
- 施設等利用費は、市区町村が認めた場合は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領する場合があります。
- 新年度4月利用開始等の場合は、認定事務が集中し日時を要するため、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、認定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。
- 必要書類の提出等により認定区分または認定要件等の変更が確認された場合は、本申請書をもって変更することに同意します。

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(ファミリーサポートセンター)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。

子ども申請	フリガナ	障害手帳	生年月日	平成・令和	年	月	日
	氏名	<input type="checkbox"/> 有	個人番号 (マイナンバー 12ケタ)				

申請保護者	フリガナ	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	氏名	個人番号 (マイナンバー 12ケタ)				
	住所	〒253- 茅ヶ崎市				
	日中の連絡先	優先順位1 → 父・母・その他 ()	優先順位2 → 父・母・その他 ()			
	TEL	TEL				

同居・同一生計者全員	氏名(家族全員記入)	続柄	別居	障害手帳 コピー添付	所属先(通園先・就労先等)	生年月日	個人番号(マイナンバー 12ケタ)								
	フリガナ	父・母 きょうだい 祖父・祖母	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有		S・H・R	年	月							
	フリガナ	父・母 きょうだい 祖父・祖母	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有		S・H・R	年	月							
	フリガナ	父・母 きょうだい 祖父・祖母	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有		S・H・R	年	月							
	フリガナ	父・母 きょうだい 祖父・祖母	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有		S・H・R	年	月							
	フリガナ		<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有		S・H・R	年	月							
	フリガナ		<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有		S・H・R	年	月							

利用施設名 ○を付けてください	預かり保育 一時預かり ファミリーサポートセンター	認可外施設 病児保育	利用開始日	令和	年	月	日
--------------------	---------------------------------	---------------	-------	----	---	---	---

認定希望日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

認定種別	<input type="checkbox"/> 申請児童は、認定希望日の年度内の4月1日時点で満3歳に達している(第2号)
	<input type="checkbox"/> 申請児童は、認定希望日の年度内の4月1日時点で満3歳に達していない、かつ市民税非課税世帯(第3号) ※ ※ 1月1日時点での住民登録地が市外の場合は、住民登録があった市区町村で発行される市区町村民税の所得割額がわかる証明書(課税証明書等)を添付してください。
生活保護	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給している → 「生活保護受給者証明書」を添付してください
ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり(離婚調停中を含む) → 「㊸ひとり親家庭に関する申立書」を添付してください

子育てのための施設等利用給付認定（変更）申請書

(宛先) 茅ヶ崎市長

【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5において定められている規定に基づき、施設等利用給付認定の審査及び申請者や同居親等の市区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受ける場合があります。
- 申請書等に記載した内容は、施設等利用給付認定を行う場合に、施設・事業者に提供されることがあります。
- 施設等利用費は、市区町村が認めた場合は、申請者が負担する場合があります。
- 新年度4月利用開始等の場合は、認定事務が完了するまで、申請内容が事実と相違した場合は、施設等利用給付認定の申請はできません。
- 認定希望日現在で、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。
- 必要書類の提出等により認定区分または認定結果が変更される場合があります。

記入例

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(ファミリーサポートセンター)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。

子ども	フリガナ	チガサキ マロ	障害手帳	有	生年月日	平成 令和 30年 6月 20日
子ども	氏名	茅ヶ崎 麻呂	個人番号	(マイナンバー 12ケタ)		

申請保護者	フリガナ	チガサキ タロウ	申請保護者は郵送物の宛名となります。父母どちらでもかまいません。	日	昭和 平成 63年 11月 26日
	氏名	茅ヶ崎 太郎	個人番号	(マイナンバー 12ケタ)	
	住所	〒253-8686 茅ヶ崎市 茅ヶ崎1-1-1			
	日中の連絡先	優先順位1 → 父・母・その他 ()	優先順位2 → 父・母・その他 ()	TEL	080-0000-0000

同居・同一生計者全員	氏名(家族全員記入)	続柄	別居	障害手帳 コピー添付	所属先(通園先・就労先等)	生年月日	個人番号(マイナンバー 12ケタ)
	フリガナ	チガサキ タロウ	父・母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(株)△□商事	S・H・R 年 月 日
氏名	茅ヶ崎 太郎	きょうだい 祖父・祖母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
フリガナ	チガサキ ハナコ	父・母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○×(株)	S・H・R 年 月 日	黒のボールペンまたは黒インクでご 記入ください。(消えるボールペンは ご使用になれません。)
氏名	茅ヶ崎 花子	きょうだい 祖父・祖母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
フリガナ		父・母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S・H・R 年 月 日	●同居の場合は世帯分離に関わらず同世帯とみなします。 ●住民票が別であっても同居している場合は同世帯とみなします。 また、同居していない場合でも、単身赴任等で生計を共にしている 場合は同世帯としてみなします。
フリガナ		きょうだい 祖父・祖母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S・H・R 年 月 日	
フリガナ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S・H・R 年 月 日	

利用施設名	<input type="checkbox"/> 預かり保育 <input checked="" type="checkbox"/> 認可外施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター	〇〇園	利用開始日	令和 〇年 〇月 〇日
-------	--	-----	-------	-------------

認定希望日 令和 〇年 〇月 〇日

認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 申請児童は、認定希望日の年度内の4月1日時点で満3歳に達している(第2号)
	<input type="checkbox"/> 申請児童は、認定希望日の年度内の4月1日時点で満3歳に達していない、かつ市民税非課税世帯(第3号) ※ ※ 1月1日時点での住民登録地が市外の場合は、住民登録があった市区町村で発行される市区町村民税の所得割額がわかる証明書(課税証明書等)を添付してください。
生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給している → 「生活保護受給者証明書」を添付してください。
ひとり親家庭	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり(離婚調停中を含む) → 「⑬ひとり親家庭に関する申請書」を添付してください。

元配偶者・婚約者等パートナーと
住民票が同じ場合はひとり親として
みなせない可能性があります。