

認可外保育施設等利用者用

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) 春日市長

【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。
- 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。
- 必要に応じて関係部署・関係機関と児童や同居世帯の状況について情報共有することがあります。
- 所得状況については地方税法等の規定に基づく課税台帳等及び個人番号による情報連携により、世帯の状況等については住民基本台帳法に基づく住民基本台帳等により確認することがあります。

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、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	申請子どもとの続柄		居住地	〒
	氏名			現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒
	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。			生年月日	年 月 日
	①	②	個人番号 (マイナンバー)		
子ども申請	フリガナ	現住所 申請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	年 月 日		
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、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) <input type="checkbox"/> 申請子どもは、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日までの間にある(第3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、 下の□にレ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当	

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

認定希望日の属する 年の1月1日現在の住所 ※2	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の 前年1月1日現在の住所 ※3	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> ※2と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> ※2と同じ

※2及び※3が市外の場合、下記「個人番号」欄に個人番号を記入して下さい。ただし、※3のみ市外であり、認定希望日の属する年度の9月以降に認定を希望する場合は、不要。

同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

(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 又は単身赴任先	要介護認定又は障害者手帳
	1	()	個人番号	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
2	()	個人番号	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
3	()	個人番号	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
4	()	個人番号	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5	()	個人番号	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6	()	個人番号	大正 昭和 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 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
-----	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日

保育を必要とする理由と添付書類 (以下の中から該当する箇所に☑をし、必要書類を添付して下さい)

該当箇所に☑	保育を必要とする理由	添付書類
<input type="checkbox"/>	就労している人 (月64時間以上)	就労証明書 ※証明の有効期間：事業所の証明日から3か月間
<input type="checkbox"/>	育児休業中の人 ※4 (職場復帰後、月64時間以上の就労を予定している人)	就労証明書 ※職場復帰日が記載されたもの
<input type="checkbox"/>	自営業 (月64時間以上)	就労証明書 事業により収入を得ていることが確認できる確定申告書の写し ※開業後間もなく確定申告をしていない場合は開業届の写し添付
<input type="checkbox"/>	妊娠中または産後間がない人 ※5 (出産予定日： 年 月 日)	親子健康手帳 (母子健康手帳) の写し
<input type="checkbox"/>	疾病がある人	診断書 ※治癒見込期間と保育ができないことが明記されたもの
<input type="checkbox"/>	障がいがある人	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 ※氏名・等級・有効期限 (ある場合) が分かる部分
<input type="checkbox"/>	同居の親族を常時介護または看護している人	介護状況表、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・介護保険被保険者証 (要介護認定を受けた人のみ) の写しまたは診断書 ※診断書は治癒見込期間と介護または看護を要することがわかるもの ※手帳の写しは氏名・等級・有効期限 (ある場合) が分かる部分 ※介護状況表は市ウェブサイトもしくは子ども未来課にあります。
<input type="checkbox"/>	災害等の復旧に当たっている人	罹災証明書
<input type="checkbox"/>	求職活動をしている人 ※6	求職活動申告書兼誓約書
<input type="checkbox"/>	就学している人 (通信教育不可)	在学証明書 (学校が記入) ※授業時間・日数が確認できない場合は授業カリキュラム添付

※4 上の子どもが認可外保育施設等を月極めで利用していて、その子どもが小学校に就学する日の前日までまたは生まれる子どもが満1歳を迎える日の属する年度の末日までのいずれか短い期間までの認定となります。

※5 出産日前後各8週間程度の認定となります。

※6 原則として1か月、最長で3か月間のみ認定となります。その期間内に就職し、「就労証明書」を提出することで認定期間を延長できます。