

施設等利用給付認定・変更申請書

【1号・2号・3号認定申請共通】

庄原市長様
庄原市教育長様

【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。

		認定希望日（施設利用開始日）		年 月 日	
① 保護者	フリガナ	児童との続柄	居住地 〒 -		
	氏名		認定希望日の本年1月1日時点の住所※2 □庄原市内 □庄原市外		
	印		認定希望日の前年1月1日時点の住所※2 □庄原市内 □庄原市外		
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 父勤務先・母勤務先 自宅・()	(2)	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・()	生年月日 年 月 日
② 児童	フリガナ	現住所	〒 -		
	氏名	申請者と異なる場合のみ記載 生年月日 年 月 日			
③ 認定種別	<input type="checkbox"/> 1号 預かり保育の利用がなく、幼稚園を利用している場合又は預かり保育の利用はあるが保育を必要とする理由がない場合				
	<input type="checkbox"/> 2号 平成31年4月1日時点で年少以上で下記「④保育を必要とする理由」に該当がある場合				
	<input type="checkbox"/> 3号 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、下記④「保育を必要とする理由」に該当があり、かつ市民税所得割非課税世帯に該当する場合				
④ 保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。※③認定種別で2号・3号に該当する場合のみ記入してください				
児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病障害	<input type="checkbox"/> 介護看護	<input type="checkbox"/> 就学
	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病障害	<input type="checkbox"/> 介護看護	<input type="checkbox"/> 就学
				<input type="checkbox"/> 妊娠出産	<input type="checkbox"/> 求職中
					<input type="checkbox"/> 災害

※2. 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(前々年)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。

同居者を全員記入して下さい。

⑤ (生計の中心者の番号に○を付けて下さい)申請子ども の保護者及び同居者	フリガナ	氏名	児童との続柄	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				大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
2				大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
3				大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
4				大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5				大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6				大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

【1号認定申請のみ】

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む)方で1号認定の方は記入して下さい。

フリガナ		施設のある市区町村	<input type="checkbox"/> 庄原市 <input type="checkbox"/> その他 ()
施設名		利用開始予定日	年 月 日

≫ 1号認定申請はここまでで記入終了です。≪
≪ 2号・3号認定申請は裏面をご記入ください。≫

【2号・3号認定申請のみ】

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ 施設名	施設のある市区町村	<input type="checkbox"/> 庄原市 <input type="checkbox"/> その他 ()
	利用開始予定日	年 月 日

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。
注)上記施設を利用する場合は、無償化の対象となりません。一部条件を除く※1

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 病児保育	<input type="checkbox"/> 庄原市 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日
	一時預かり 子育て援助活動	<input type="checkbox"/> 庄原市 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日

認可外保育施設等を利用(予定)しており、教育・保育給付認定の申請及び保育所施設等利用申込みを行っていない場合は理由を明示してください。

既に利用している認可外保育施設等を継続して利用するため

他の保育所施設等では、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 分～ 時 分、その他希望曜日など:)

他の保育施設等では、自宅や職場から遠いなど地理的に希望と合わないため

その他 ()

- ・該当する箇所に☑してください。
- ・父、母それぞれ申し立てが必要です。なお、父母以外の方が保護者の場合についても申し立てが必要です。
- ・きょうだい同時申請の場合、必要書類は一番下の子どもに原本を、上の子どもにコピーを添付してください。

保育を必要とする事由		必要書類	添付書類及び注意事項等
就労 (内定を含む)	会社員 公務員 自営業 内職 等	<input type="checkbox"/> 勤務証明書	内定の場合：勤務(予定)証明書または内定通知等
	疾病・障害	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等の写し	保育が困難なことが記載されたもの 保育が困難なことが記載されたもの 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者手帳等を所持している場合は、番号・等級・本人欄・障害名が確認できる部分の写し
介(看護)	介護(看護)	<input type="checkbox"/> 介護(看護)申立書	被介護者(被看護者)の身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者手帳、介護保険被保険者証等により状況が確認できない場合は、診断書
就学		<input type="checkbox"/> 在学証明書	または学生証の写し
妊娠・出産		<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し	表紙と出産予定日が確認できるページの写し
求職中の方	求職活動の内容	<input type="checkbox"/> 求人誌等で探している <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> ハローワークや派遣会社で探している <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 求人誌等で探している <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ハローワークや派遣会社で探している <input type="checkbox"/> その他 ()
	署名欄	利用開始後3ヶ月以内に勤務(予定)証明書が提出できない場合は、利用を止めます。 署名: _____	利用開始後3ヶ月以内に勤務(予定)証明書が提出できない場合は、利用を止めます。 署名: _____
災害		<input type="checkbox"/> り災証明書	