

【様式その2】：新2号・新3号認定（通常の教育時間+預かり保育等利用者）用

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。

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)
兼 副食費の施設による徴収に係る補足給付費交付申請書

芦屋町長 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。

【申請にあたって同意していただく事項】（副食費の施設による徴収に係る補足給付費交付申請）

- 交付決定に必要な範囲で、申請者の世帯情報、税務情報等の公簿、通園先が有する学齢簿、徴収金台帳等を町が閲覧・調査すること。
- 本補足給付費（給食費の減免）の受領に関する権限を利用する幼稚園（運営法人等）に委任すること。
- 申請書等に記載した内容や補助決定に関する情報を、本補足給付に必要な範囲で幼稚園に提供すること。

以上のことに同意し、子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づく施設等利用給付に係る認定等を、次のとおり申請します。

申請者 (保護者)	フリガナ		申請 子ども との続柄		現住所	〒	—	
	氏名		印					
	連絡先(電話番号)						生年月日	年 月 日
	①	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	個人番号 (マイナンバー)			
平成31年1月1日現在の住所								
母親	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ			父親	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ			
	<input type="checkbox"/> 現住所と異なる⇒ (都道府県 市町村)				<input type="checkbox"/> 現住所と異なる⇒ (都道府県 市町村)			
※現住所と異なる場合は、当該住所地で発行される令和元年度の市町村民税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。								

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)					課税状況 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

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) 父・母・その他()	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 疾病 障害等	<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()
	(子から見た続柄) 父・母・その他()	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 疾病 障害等	<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()

同居者を全員記載してください(申請子ども除く)。 ※個人番号は、父母及び生計の中心者のみ記入してください。

申請子どもの保護者及び同居者	フリガナ	申請子どもとの続柄	生計中心者 ※該当に○	個人番号 生年月日	就労先(会社名等) 単身赴任先(住所) 通学・通園先(学校等名・学年)	要介護認定 又は障害者 手帳
	1				個人番号 T・S・H・R 年 月 日	
2				個人番号 T・S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
3				個人番号 T・S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
4				個人番号 T・S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5				個人番号 T・S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6				個人番号 T・S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7				個人番号 T・S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

< ■必ず裏面も記入してください。 >

利用(予定含む)する幼稚園、特別支援学校幼稚部、預かり保育利用の有無を記入して下さい。

フリガナ		認定希望日 (利用開始予定日)	令和 年 月 日
施設名			令和 年 月 日
預かり保育の利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

上記以外の認可外保育施設、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

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。 ※該当する「区分」に○をし、詳細を右欄に記入して下さい。

区分	母親の状況	父親の状況
1 就労	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 ()
2 妊娠・出産 (申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日	
3 疾病・障害等	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4 介護・看護	被介護者名 (申請子どもとの続柄:)	(申請子どもとの続柄:)
	傷病・障害名	
	受診等の状況 <input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()
5 就学	学校名 TEL ()	TEL ()
	就学期間 年 月 日 から 年 月 日まで	年 月 日 から 年 月 日まで
	就学日数 1ヶ月あたり 日	1ヶ月あたり 日
	就学時間 AM・PM 時 分 ~ AM・PM 時 分	AM・PM 時 分 ~ AM・PM 時 分
6 求職活動	活動の内容:	活動の内容:
7 その他	保育を行うことが困難と認められる内容	保育を行うことが困難と認められる内容

保育を必要とする理由を証明する添付書類 (次のうち該当する書類を添付して下さい)

保育を必要とする理由区分	チェック	添付が必要な証明書類
1 居宅外で就労されている方(予定を含む) ※就労時間が月64時間以上に限る	⇒ <input type="checkbox"/>	就労等証明書(就労内定の場合はその証明を受けて下さい) ※被雇用者の方は社印の押印及び証明者の記載が必要です
自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合 ※就労時間が月64時間以上に限る	⇒ <input type="checkbox"/>	※自営業の方はチラシや名刺など事業内容が確認できるものの添付が必要です
2 出産前後の方(出産前8週間・後8週間に限る)	⇒ <input type="checkbox"/>	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 保護者が病気の方	⇒ <input type="checkbox"/>	診断書
3 保護者が障がいをお持ちの方	⇒ <input type="checkbox"/>	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、交付を受けていない方…診断書
4 保護者が介護している方	⇒ <input type="checkbox"/>	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)
5 保護者が学校に在学中の方	⇒ <input type="checkbox"/>	在学証明書(入学予定の場合は合格通知等)、学生証、カリキュラムがわかるもの
6 保護者が求職中の方	⇒ <input type="checkbox"/>	求職活動状況申立書

※添付書類様式は、利用する幼稚園または役場健康・こども課窓口、芦屋町ホームページから入手できます。