

# 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)

黒部市長 あて

**【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。
- 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。

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。

		認定希望日(施設利用開始日)		年 月 日					
(窓口申請者)	フリガナ		申請子どもとの続柄	現住所	〒 -				
	氏名	印		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。					
	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( )	③	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他( )			
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"/> 第2号: 保育が必要なため、幼稚園等の利用料と在籍する園の預かり保育料の無償化又は、認可外保育施設等の利用料の無償化のいずれかを希望します。(申請子どもが、3歳の誕生日以後の最初の4月1日から小学校就学前までの方)								
	<input type="checkbox"/> 第3号: ※市民税非課税世帯のみ 保育が必要なため、幼稚園等の利用料と在籍する園の預かり保育料の無償化又は、認可外保育施設等の利用料の無償化のいずれかを希望します。(市民税非課税世帯で、申請子どもが、0歳から3歳の誕生日以後の最初の3月31日までの方)								
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( )

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。

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

※2.3. 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。

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	氏名	父	個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
2		母	個人番号 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

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		所在地	〒 - ( )
施設名		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。

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・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日