

子育てのための施設等利用給付認定申請書(2号・3号)

認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育・子育て援助活動支援事業（ファミサポ）・認定こども園(1号)及び私立幼稚園の預かり保育事業に係る施設等利用費
(宛先) 稲城市長 殿

【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。

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（ファミリー・サポーター・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	
（窓口申請者）	フリガナ		申請子どもとの続柄	〒	—
	氏名	印	現住所	〒	—
	※ 自署の場合は印は不要です。			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	父携帯 父勤務先 自宅・その他（ ）	母携帯 母勤務先 自宅・その他（ ）	②	父携帯 父勤務先 自宅・その他（ ）	母携帯 母勤務先 自宅・その他（ ）
子ども申請	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	個人番号(マイナンバー)
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満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日までの間にあってかつ市民税非課税世帯※である(第3号) ※4月から8月までの利用にあっては前年度の、9月から翌年3月までの利用にあっては当該年度の市民税非課税世帯が対象となります。				
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。

①認定希望日の属する年度の 前年度の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
②認定希望日の属する年度の 前々年度の1月1日現在の住所 ※3	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<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課税証明書（①に該当する場合は当該年度課税証明書、②に該当する場合は前年度課税証明書）を添付して下さい。ただし、認定希望日が9月1日から3月31日までの間である場合は前年度課税証明書は不要となります。
※課税証明書のほかに市町村から発行された税額通知書等でも可

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。

（生計の申請子どもの番号に○を付けて下さい）	フリガナ	申請子どもとの続柄	生年月日 ※個人番号は未記入で構いません	就労・通学・通園先 又は単身赴任先
	氏名		個人番号	
	1		大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	2		大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	3		大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	4		大正 昭和 平成 令和	年 月 日
5		大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
6		大正 昭和 平成 令和	年 月 日	

<必ず裏面も記入して下さい>

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、ファミリー・サポート・センター事業を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

※年間開所日数が200日以上かつ平日の教育時間を含めた開所時間が8時間以上の幼稚園又は認定こども園に通う場合は、対象外となります。

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・ファミサポ	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・ファミサポ	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・ファミサポ	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・ファミサポ	〒 - 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。

		母親の状況	父親の状況
就労		<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()
妊娠・出産 (申請時点)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日	
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
介護・看護	被介護者名 傷病・障害名	(申請子どもとの続柄:)	(申請子どもとの続柄:)
	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 ()
災害復旧		災害の状況:	災害の状況:
求職活動等		面接・相談日(予定含む)【 / , / , / 】 面接・就労相談先()	面接・相談日(予定含む)【 / , / , / 】 面接・就労相談先()
就学	期間	年 月 日まで	年 月 日まで
不在 (ひとり親)		年 月 日から	年 月 日から
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

添付書類 (以下の中から父母それぞれに該当する書類を添付して下さい)

※添付書類がない場合は、書類不備のため認定却下となる場合があります。

□下記書類を当該年度の認可保育所等申込みで提出済である。(書類の添付は不要になります。ただし、育児休業から復職予定で申込みをされた方は、復職後の就労証明書の提出が必要です。育休を継続する場合は、育休対象児童は認可保育所等を利用できませんし、子育てのための施設等利用認定もできません。育休対象児童の上の子については、施設を利用中に下の子の育休を取り始めた場合は認定の対象となります。)

1	居宅外で就労されている方(予定を含む) 自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合	就労証明書(内定中の方は就労開始後にご提出ください。) 就労証明書、スケジュール表、自営の証明書類の写し(確定申告書、営業許可証、開業届等)
2	出産前後の方(出産月及びその前後2か月の間に限る)	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	保護者が学校に在学中の方	在学証明書(入学予定の場合は合格通知等)
4	保護者が病気や障害のある方	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又は診断書(家庭保育が困難であることが確認できる内容であること。)
5	保護者が介護している方	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)、スケジュール表
6	保護者が求職中の方(3か月間に限る。)	上記の求職活動等欄に具体的に記入ください。(面接予定日、就労相談日等)
7	不在(ひとり親)の場合※	証明書類(戸籍謄本、離婚受理証明書、児童扶養手当証書の写し等)

※1就労、3就学、5介護の要件は、週12時間以上の最低基準を満たす必要があります。

※就労証明書、スケジュール表は、市様式のものをご提出ください。(市ホームページからダウンロード可)

※ひとり親の場合は、1~6の該当する添付書類に加え、7の書類を添付してください。

※求職中の方につきましては、求職活動の確認のため、事業者等に直接確認する場合がございます。

※申請日より前に遡っての認定は出来ませんので、申請日に添付書類の提出が間に合わない場合は、あらかじめ申請書のみご提出ください。

認可外保育施設の利用を希望される方

認可外保育施設の利用を希望する主な理由を以下から選択してください。

- 既に利用している認可外保育施設を継続して利用するため(認可外保育施設名:)
- 利用可能な保育所等では、就労等により保育所等の利用を希望する時間帯の保育が行われていないため
- 利用可能な保育所等は、自宅や職場から遠いなど地理的に希望に合っていないため
- その他(余白に記入してください。)