

# 子育てのための施設等利用給付認定申請書

(法第30条の4第2号・第3号の利用給付認定申請用)

日付を記入して下さい。

令和6年3月15日

(宛先) 栃木市長

●申請者の方へ 個人番号(マイナンバー)は、認定種別が「第3号」の方のみご記入ください。

個人番号(マイナンバー)を記入した書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封かんし封筒に氏名を記入して提出してください。

【申請にあたって同意していただく事項】	
1	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。
2	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。
3	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。
4	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、申請日にかかわらず、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。
5	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。
6	施設の利用開始予定日現在で、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・特別支援学校幼稚部(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時間未満又は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。

保護者	フリガナ	トチギ サクラ	申請児童との続柄	母	居住地	〒 328 - 1234 栃木市万町〇番〇号			
	氏名	栃木 桜		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ください。						生年月日	平成〇年〇月〇日		
①	090-1234-5678	父携帯 父勤務先 自宅・その他( )	②	0282-12-3456	父携帯 父勤務先 自宅・その他( )	個人番号 (マイナンバー)	123456789123		
申請児童	フリガナ	トチギ 〇〇	現住所	〒	〇	個人番号(マイナンバー)			
	氏名	栃木 〇〇	申請者と異なる 場合のみ記載						
生年月日						令和〇年〇月〇日			
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 申請児童は、施設の利用開始予定日が属する年度初日の時点で満3歳に達している(第2号) <input type="checkbox"/> 申請児童は、施設の利用開始予定日が属する年度初日の時点で満3歳に達していない(第3号)						左記で第3号に該当し、住民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 住民税非課税に該当		
	該当する□にレ点を付け、保育の必要性を証する書類を添付してください。								
保育を必要とする理由	(子から見た続柄) 父・母・その他( )	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 疾病 障がい等	<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( )
	具体的な状況(勤務先・勤務時間・勤務日数、 疾病の状況等)を記入してください。	( )	株式会社〇〇 月～金 9:00～17:00						
(子から見た続柄) 父・母・その他( )	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 疾病 障がい等	<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( )	
具体的な状況(勤務先・勤務時間・勤務日数、 疾病の状況等)を記入してください。	( )	株式会社〇〇 月～金 9:00～17:00							

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入してください。

施設の利用開始予定日の 当年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
施設の利用開始予定日の 前年1月1日現在の住所 ※3	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(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当年(前年)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)を添付してください。

同居する家族を全員記入してください。※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ください。

ひとり親世帯等・在宅障がい児(者)の有無	非該当	・ 該当 (□ひとり親世帯 □在宅障がい児(者)のいる世帯)				
生活保護受給の有無	非該当	・ 該当				
(生計の中心者の保護者及び同居者)	フリガナ	氏名	申請児童との続柄	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					<input type="checkbox"/> 有
	2					<input type="checkbox"/> 有
	3					<input type="checkbox"/> 有
	4					<input type="checkbox"/> 有
	5				個人番号	年 月 日
6				個人番号	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有

申請児童以外の同居者を記入して下さい。  
(単身赴任等で別住所であっても、生計が一緒の場合は記入して下さい。)

<必ず裏面も記入してください。>

(裏)

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。)方は記入してください。

新2号の利用開始予定日を記入して下さい。  
認定開始日は遅れないため、申請日以降の日付を記入して下さい。

フリガナ	ニンテイコドモエン〇〇ヨウチエン	所在地	〒 328 - 〇〇 栃木市〇〇町
施設名	認定こども園〇〇幼稚園	利用開始予定日	令和 6 年 4 月 1 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。)方は記入してください。

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	〒 〇〇 - 〇〇 電話番号 〇〇 - 〇〇	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 〇〇 - 〇〇 電話番号 〇〇 - 〇〇	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 〇〇 - 〇〇 電話番号 〇〇 - 〇〇	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 〇〇 - 〇〇 電話番号 〇〇 - 〇〇	年 月 日