

子育てのための施設等利用給付認定（変更）申請書

（宛先）南九州市長

受付印

<p>【申請にあたって同意していただく事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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住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その他施設における給食費の徴収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。 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. 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、幼稚園、認定こども園、預かり保育事業、認証保育園、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	
保護者 (申請者)	フリガナ		申請 子ども との続柄	〒	—
	氏名	(*) <small>本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>			
	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。				
	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()	
申請 子ども	フリガナ		現住所	〒	—
	氏名		<small>申請者と異なる 場合のみ記載</small>	個人番号(マイナンバー)	
		生年月日	年 月 日		
認定種別	保育の希望 無 <input type="checkbox"/> 【第1号】 幼稚園等(*)の利用を希望				左記で第3号に該当し、市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"/> 市民税非課税に該当
	保育の希望 有…幼稚園等及び認定こども園等(**)での預かり保育(***)や認可外保育施設等(***)での保育を希望 <input type="checkbox"/> 【第2号】 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				
	<input type="checkbox"/> 【第3号】 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日までの間にある				

※1. 「幼稚園等」とは、新制度未移行の幼稚園をいいます。
 ※2. 「認定こども園等」とは、認定こども園及び新制度移行済の幼稚園をいいます。
 ※3. 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。
 ※4. 「認可外保育施設等」とは、認証保育園、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いいます。

(※5) 年 月 日現在の住所	父	市区町村名 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	母	市区町村名 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ
(※6) 年 月 日現在の住所	父	市区町村名 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	母	市区町村名 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ

※5.6. 南九州市外で現住所と異なる場合は、記入した住所地の市区町村で発行される 年 月 日 を賦課年度とする市区町村住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。

世帯の状況(同一世帯)を記入してください。

(生計の中心者の番号に○を付けてください)	フリガナ	氏名	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	要介護認定又は障がい者手帳
	1			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	2			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	3			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	4			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	5			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	6			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

【第1号の方のみ】 利用(予定含む)する未移行幼稚園を記入してください。

フリガナ		所在地	〒	—	TEL
施設名		利用開始予定日		年 月 日	

< **【第2号第3号の方のみ】** 必ず裏面も記入してください >

以下については、「認定種別」で「保育の希望 有」の選択がある場合のみ記入してください。

第2号・第3号用

●幼稚園等を預かり保育を含めて利用する(予定含む)方は記入してください。

フリガナ		所在地	〒	—	TEL
施設名		利用開始予定日		年	月 日

●認定こども園等の預かり保育を利用する(予定含む)方は記入してください。

フリガナ		所在地	〒	—	TEL
施設名		利用開始予定日		年	月 日

●認可外保育施設等を利用する(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
	認証・認可外・一時預かり 病児保育・ファミサポ	〒 — TEL: — —	年 月 日
	認証・認可外・一時預かり 病児保育・ファミサポ	〒 — TEL: — —	年 月 日
	認証・認可外・一時預かり 病児保育・ファミサポ	〒 — TEL: — —	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等利用申込を行っていない場合は、理由を明示してください。

<input type="checkbox"/> 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。(認可外保育施設名:)
<input type="checkbox"/> 他の保育所等では、利用を希望する時間帯の保育が行われていないため。(希望保育時間: 時 ~ 時, 希望曜日など:)
<input type="checkbox"/> 他の保育所等では、自宅や職場から遠いなど地理的に希望と合わないため。
<input type="checkbox"/> その他()

●保育を必要とする理由に応じて記入するとともに、保育を必要とする理由についての添付書類を併せて提出してください。

		父の状況		母の状況	
就労	就労種別	<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: ()	
	通勤手段・時間	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他() ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他() ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。
	通勤時間	約 分 (往復時間を記入してください。)	通勤時間	約 分 (往復時間を記入してください。)	
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	(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"/> 入院中 通院(月・週 回)	
	<input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名()			<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	活動の内容:		活動の内容:		
就学	通学手段・時間	通学手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他() ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。	通学手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他() ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。
	通学時間	約 分 (往復時間を記入してください。)	通学時間	約 分 (往復時間を記入してください。)	
期間	年 月 日まで		年 月 日まで		
卒業後の予定	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日, 1日 時間就労			(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日, 1日 時間就労	
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		

以下、市役所記入欄

本人 確認欄	父・母・代理人()		受付年月日		
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() ※2点以上で確認できる書類 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日		
受付	入力	確認	備考	申請者個人番号確認	申請者身元確認
				有・無	有・無
				代理人身元確認	代理権確認
				有・無	有・無
				個人番号確認の同意	
				有・無	