

令和6年 2月 10日

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書兼現況届(法第30条の4第2号・第3号)

(宛先) 北島町長

【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、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。

こちらに記載の方が認定の申請者になります。進級児については、変更がなければ既に認定している保護者名をご記入ください。

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

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

Application form for facility utilization certification. Includes fields for guardian (北島 太郎), child (北島 一郎), birth date (令和元年5月5日), and certification type (Public kindergarten for all children).

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。

Form for residence information. Fields for current residence and residence at the time of certification (前々年1月1日).

※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。

Table listing family members (guardians and co-residents) with columns for name, relationship, birth date, and insurance status.

<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	〒 _____ 市 _____ ( ) 北島町〇〇
施設名	〇〇幼稚園	利用開始予定日	令和 _____ 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	所在地	利用開始予定日
	<b>記入の必要はありません</b>	〒 _____ 市 _____ TEL: _____	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 _____ 市 _____ TEL: _____	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 _____ 市 _____ TEL: _____	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 _____ 市 _____ 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	就労種別	<input checked="" 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 checked="" 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○をつけて下さい。 通勤時間 約 <b>30</b> 分 (往復時間を記入して下さい。)	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○をつけて下さい。 通勤時間 約 <b>60</b> 分 (往復時間を記入して下さい。)		
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"/> 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		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○をつけて下さい。 通学時間 約 _____ 分 (往復時間を記入して下さい。)	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○をつけて下さい。 通学時間 約 _____ 分 (往復時間を記入して下さい。)		
	就学の目的	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
	期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日まで			
	卒業後の予定	(就労日数・時間) _____ 週 _____ 日、1日 _____ 時間就労 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月			
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	