

申請者の方へ この書類は郵送及びご持参により直接下野市こども福祉課にご提出くださいますようお願いいたします。

年 月 日

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)

(宛先) 下野市長

【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1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。
- 下野市内に居住している場合、支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者含む）及び世帯情報を閲覧すること、その情報に基づき決定した情報について必要と認められる場合に施設等に対し提供することがあります。

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。

※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。

保護者	フリガナ		申請 子ども との続柄	居住地	〒
	氏名	印		居住地が市外の場合 市内転入後の住所	〒
	※ 自署の場合は印は不要です。				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()
子ども申請	フリガナ		現住所 保護者と異なる 場合のみ記載	〒	
	氏名			生年月日	年 月 日 (満 歳)
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、施設利用開始日時時点で満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、施設利用開始日時時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある(第3号)				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□にレ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当
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()				

施設利用開始日の前年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
施設利用開始日の前々年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。

ひとり親世帯等の有無	非該当 ・ 該当 (□ひとり親世帯 □在宅障害児(者)のいる世帯)
生活保護受給の有無	非該当 ・ 該当

(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			就労・通学・通園先 又は単身赴任先
	氏名		年	月	日	
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		
7			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	〒	TEL	()
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 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 TEL: - -	年 月 日

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付してください)

1 居宅外で就労されている方 (予定を含む)	勤務証明書 (就労内定の場合も含む)
自営業 (自宅外自営、親族経営等の自営を含む) の場合	自営業就労申立書、自営の証明書類の写し (確定申告書等)
2 出産前後の方 (出産前8週間・出産後8週間に限る)	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箇所)
3 保護者が学校 (職業訓練含む) に在学中の方	在学証明書 (内定の場合は合格通知)、職業訓練のカリキュラム
4 保護者が病気の方	診断書
5 保護者が障がいのお持ちの方	①手帳の交付を受けている場合…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 ②手帳の交付を受けていない場合…診断書
6 保護者が介護している方	申立書及び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)
7 保護者が求職中の方	求職活動中であることが分かるもの (ハローワークカードの写し等)
8 認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書 (様式9)
9 下野市以外の市町村で市町村民税が課税されている方	市町村民税の所得割課税額がわかる書類 (住民税決定証明書等)