

台東区長 殿

【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・事業者提供することがあります。

3. 施設等利用費は、区が認めた場合は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領する場合があります。

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59条の2に規定する事業(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。

					認定希望日(施設利用開始日)	年 月 日	
申請者	フリガナ		申請 子ども から見た 続柄		現住所	〒 —	
	氏名				現住所が区外の場合 区内転入後の住所	〒	
	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。	
	①		保護者1 () 携帯・勤務先・自宅 その他 ()	②		保護者2 () 携帯・勤務先・自宅 その他 ()	
	子ども申請	フリガナ		現住所 申請者と異なる 場合のみ記載	〒 —	個人番号(マイナンバー)	
氏名			生年月日	年 月 日			
認定種別	☐ 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)					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□にレ点を付けて下さい。 ☐ 住民税非課税に該当	
	☐ 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日までの間にある(第3号)						
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。						
	保護者1 (子どもから見た続柄)	☐ 就労 ☐ 妊娠 出産 ☐ 疾病 障害等 ☐ 介護 看護 ☐ 災害 復旧 ☐ 求職 活動等 ☐ 就学 ☐ その他 ()					
		☐ (第2子等の)育児休業を取得する前より保育サービスを継続利用している場合					
	保護者2 (子どもから見た続柄)	☐ 就労 ☐ 妊娠 出産 ☐ 疾病 障害等 ☐ 介護 看護 ☐ 災害 復旧 ☐ 求職 活動等 ☐ 就学 ☐ その他 ()					
		☐ (第2子等の)育児休業を取得する前より保育サービスを継続利用している場合					
年1月1日現在の住所		保護者1	☐ 現住所と同じ			保護者2	☐ 現住所と同じ

認定希望日の 前々年1月1日現在の住所	保護者1	☐ 現住所と同じ	保護者2	☐ 現住所と同じ
------------------------	------	---------------------------------	------	---------------------------------

同居者を全員記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)		フリガナ 氏名	申請子どもから見た続柄	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			個人番号	年 月 日		☐ 有
	2			個人番号	年 月 日		☐ 有
	3			個人番号	年 月 日		☐ 有
	4			個人番号	年 月 日		☐ 有
	5			個人番号	年 月 日		☐ 有
	6			個人番号	年 月 日		☐ 有
	7			個人番号	年 月 日		☐ 有

<必ず裏面も記入して下さい>

(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

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

		保護者1の状況		保護者2の状況			
就 労	就労 種別	☐ 居宅外労働 ☐ 自営 ⇒ ☐ 自宅 ☐ 中心者 ☐ 自宅以外 ☐ 協力者 ☐ 内職 ☐ その他: ()		☐ 居宅外労働 ☐ 自営 ⇒ ☐ 自宅 ☐ 中心者 ☐ 自宅以外 ☐ 協力者 ☐ 内職 ☐ 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 分(往復時間を記入して下さい。)		通勤時間	約 分(往復時間を記入して下さい。)	
	前年1月1 日以降の 転職	☐ 無 ☐ 有 ⇒ ① 就労先名: から 就労期間: から ② 就労先名: から 就労期間: から			☐ 無 ☐ 有 ⇒ ① 就労先名: から 就労期間: から ② 就労先名: から 就労期間: から		
妊娠・出産 (申請時点)		☐ 無 ☐ 有 ⇒(予定日) 年 月 日		☐ 無 ☐ 有 ⇒(予定日) 年 月 日			
疾病・障害等		(疾病・障害名) (手帳交付) ☐ 有 ☐ 無		(疾病・障害名) (手帳交付) ☐ 有 ☐ 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	☐ 入院中 通院(月・週 回)		☐ 入院中 通院(月・週 回)			
☐ 通所・通学(週 回) 施設名()		☐ 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。)		通学時間	約 分(往復時間を記入して下さい。)	
	就学の 目的	☐ 卒業後就労するため ☐ その他()		☐ 卒業後就労するため ☐ その他()			
	期間	年 月 日まで		年 月 日まで			
	卒業後 の予定	(就労日数・時間) ☐ 週 ☐ 月 日、1日 時間就労		(就労日数・時間) ☐ 週 ☐ 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			