

子育てのための施設等利用給付認定申請書

（宛先）中央区長

**【申請に当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又は同居親族の市町村民税（特別区民税を含む。以下同じ。）の課税の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及び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、施設又は事業者提供することがあります。
- 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。
- 認定事務が集中した場合は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、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。
- 利用開始日現在で、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、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。

保護者① （申請者）	ふりがな		続柄	個人番号			
	氏名 （自署）			生年月日	年 月 日		
	住所	□同上 ※3号認定を申請する場合のみ記載	電話番号	( )	□主な連絡先		
			児童との同居・別居の別	同・別			
本年1月1日現在の住所 （4月から8月までの認定の場合、前年1月1日）	□同上 ※3号認定を申請する場合のみ記載	保育を必要とする事由 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 学校等に在学 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> その他( )					
保護者② （配偶者等）	ふりがな		続柄	個人番号			
	氏名			生年月日	年 月 日		
	住所	□同上 ※3号認定を申請する場合のみ記載	電話番号	( )	□主な連絡先		
			児童との同居・別居の別	同・別			
本年1月1日現在の住所 （4月から8月までの認定の場合、前年1月1日）	□同上 ※3号認定を申請する場合のみ記載	保育を必要とする事由 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 学校等に在学 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> その他( )					
家族の状況（保護者以外）							
	氏名 （認定を希望する子の番号に○）	続柄	生年月日	職業、学校、 保育園等	同居/別居	認定 区分	個人番号
1	ふりがな		年 月 日		同・別		
2	ふりがな		年 月 日		同・別		
3	ふりがな		年 月 日		同・別		
4	ふりがな		年 月 日		同・別		
認定を希望する期間	年 月 日から 年 月 日・小学校就学前 まで						

※認定区分は、認定を希望する児童について、1号・2号・3号のいずれかを記入してください。

書類持参：□本人 □使者 □代理人（委任状）

番号確認：□番号C □通知C □番号記載の住民票 □本人同意により職権記載 □拒否

身元確認：1点（□番号C □免許証 □旅券 □障害 □在留 □他( )） 2点（ 、 ） □拒否

(裏)  
家 庭 の 状 況

		保護者①	保護者②
就 労		<input type="checkbox"/> 就労証明書を添付し、記載を省略する。	<input type="checkbox"/> 就労証明書を添付し、記載を省略する。
	所在地		
	名 称		
	勤務時間	日数：           日／月 時間：           時間／日	日数：           日／月 時間：           時間／日
	仕事の内容		
就 労 以 外	認定事由	<input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 学校等に在学 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 学校等に在学 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> その他
	事由の現況	日数：           日／月 時間：           時間／日	日数：           日／月 時間：           時間／日
	具体的内容		
	障害者手帳の有無	(           手帳) (       級・度)	(           手帳) (       級・度)
	認定児童以外の出産	年    月    日出産 (予定)	年    月    日出産 (予定)
保護者②が不存在	理由	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 (    年    月    日) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 (    年    月    日から) <input type="checkbox"/> その他 (            )	

(注) 申請する認定区分が2号又は3号の方は記入してください。

利用する(予定も含む。)施設・事業に関する事項をご記入ください。

施設名	施設区分・事業の種類	所在地	利用開始(予定)日
	認可外 病児保育 幼稚園 ・ 一時預かり ・ ファミリーサポート ・ 認定こども園		年    月    日
	認可外 病児保育 幼稚園 ・ 一時預かり ・ ファミリーサポート ・ 認定こども園		年    月    日
	認可外 病児保育 幼稚園 ・ 一時預かり ・ ファミリーサポート ・ 認定こども園		年    月    日
	認可外 病児保育 幼稚園 ・ 一時預かり ・ ファミリーサポート ・ 認定こども園		年    月    日