

提出日	年 月 日
-----	-------

東海村長 様

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）

【申請に関する同意事項】

- 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・事業者を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。（この場合，村は園に直接支払うこととなりますので，園からの保育料請求はありません。）
- 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申請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項へ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，保護者の就労・疾病その他の理由により，下記施設（預かり保育事業の利用も含む。）の施設等利用給付認定を希望しますので，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。

※ 本書類を利用施設に提出する場合は，封入・封緘の上，必要書類を同封し，封筒に氏名記載をお願いします。

保護者	氏名	児童との続柄	生年月日		
	(フリガナ)		年 月 日		
	(住所)				
	(連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号)				
	(<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母)				
申請児童	氏名	生年月日	性別		
	(フリガナ)	年 月 日	男 ・ 女		
認定種別	<input type="checkbox"/> 第2号（3歳児～5歳児）：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（0歳児～2歳児）：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。 ⇒ 市区町村民税非課税世帯に <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ※ 該当の場合，4月～8月認定希望の方は前年度分，9月～3月認定希望の方は当年度分の課税証明書を添付してください。				
保育を必要とする理由	続柄	必要とする理由			
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
認定希望期間		<input type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 年 月 日 から 年 月 日 まで			
児童の世帯員	氏名	児童との続柄	生年月日	職業又は学校名等	備考
	(フリガナ)		年 月 日		
	(フリガナ)		年 月 日		
	(フリガナ)		年 月 日		
ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				

①幼稚園，認定こども園(教育認定)又は特別支援学校幼稚部の園児が利用する場合

施設の情報	名称		電話番号	()
	所在地			
預かり保育の利用	<input type="checkbox"/> 利用する (利用開始日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 利用しない			

②認可外保育施設，一時預かり (幼稚園等に所属していない場合)，病児保育，子育て援助活動支援を利用する場合

施設名	利用予定サービス	所在地等	利用開始予定日
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て活動支援	所在地 電話番号 ()	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て活動支援	所在地 電話番号 ()	年 月 日

③保育を必要とする理由 (詳細) (理由は1つのみチェックしてください)

父親の状況		母親の状況	
理由	詳細	理由	詳細
<input type="checkbox"/> 就労	<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"/> 専従者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 就労	<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"/> 専従者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 (出産予定日: 年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	疾病・障がい名 () 手帳交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	疾病・障がい名 () 手帳交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 介護看護	被介護・看護者名 () 介護・看護者との続柄 () 傷病・障がい名 () <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 (月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学 (週 回) 施設名:	<input type="checkbox"/> 介護看護	被介護・看護者名 () 介護・看護者との続柄 () 傷病・障がい名 () <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 (月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学 (週 回) 施設名:
<input type="checkbox"/> 災害復旧	災害の状況:	<input type="checkbox"/> 災害復旧	災害の状況:
<input type="checkbox"/> 求職活動	活動内容 (起業準備含む.):	<input type="checkbox"/> 求職活動	活動内容 (起業準備含む.):
<input type="checkbox"/> 就学・職業訓練	目的 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 就労 (月・週 日, 1日 時間) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 就学・職業訓練	目的 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 就労 (月・週 日, 1日 時間) <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> その他	※具体的に記載	<input type="checkbox"/> その他	※具体的に記載

個人番号記載欄

子育て支援課において村の住民基本台帳に登録されているマイナンバーを確認することを承諾します(マイナンバーの記入は不要です)。※単身赴任等で村に住民登録がない場合は対象外

次のとおりマイナンバーを報告します(個人番号カード又は通知カード及び免許証等住所氏名の確認できる書類の写しを提示(利用施設に提出する場合は提出)してください)。

児童					—					—				
父					—					—				
母					—					—				

子育て支援課記載欄

課税情報	身元確認	(<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 代理人 ()) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	個人番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード (児童・父・母) <input type="checkbox"/> 通知カード (児童・父・母) <input type="checkbox"/> 役場確認 (児童・父・母)