

令和元年度(2019年度)

申込年月日

令和元年9月9日

子育てのための施設等利用給付認定申請書兼現況届出書

大洲市長 二宮 隆久 様

【申請にあたっての同意事項】

- 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・事業者を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。

受付印

以上のことに同意のうえ、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

署名 大洲 太郎

印

認定希望日(施設利用開始日)

令和元年10月1日

Child and guardian information table including names, birth dates, addresses, and contact numbers.

※ 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。

Application status and reasons for care table with checkboxes for various conditions.

同居者を全員記入して下さい。

Table for listing other household members with columns for name, relationship, birth date, and employment.

<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	〇〇ヨウチエン	〒 795-1234	TEL 0893-24-2222
施設名	〇〇幼稚園	幼稚園の預かり保育 を利用される方はこ ちらに記入	
		大洲567番地	
利用開始予定日		平成	令和 元年 10 月 1 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
おおずファミリー・サポ-ト・センター	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ ファミサポ	〒 795-0012 大洲市大洲690番地の1 TEL:0893-57-9996	令和元年10月1日
かみじょうか化 ヨウジ ホイツツ 亀井小児科医病児保育室	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ ファミサポ	〒 795-0064 大洲市東大洲17番地 TEL:0893-57-9996	令和元年10月1日
現行の幼稚園における一時預かり 事業(預かり保育)のことはありま	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ ファミサポ	〒 - 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。

理由	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: ()	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: ()
	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 25 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 20 分 (往復時間を記入して下さい。)
	前年1月1日以降の転職 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: から ② 就労先名: から	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: から ② 就労先名: から
	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	
災害復旧	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 ()	<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	年 月 日まで
	卒業後の予定 (就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月

以下は、施設等利用給付新2・3号認定申請子どもにおいて、認可保育施設等の申込みを行わなかった方のみ記入してください。

私は、子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)第30条の5第1項の規定に基づき、施設等利用給付認定の申請を行いました。この際、同法第20条第4項に規定する教育・保育給付認定の申請及び保育所等の申込を行わなかった主な理由は次のとおりです。

既に利用している認可外保育所施設を継続して利用するため

認可保育施設等では、希望する時間帯の保育が行われていないため(希望する保育時間: 15時 ~ 21時)

認可保育施設等が自宅や職場から遠いなど地理的に希望に合っていないため

その他 ()