

申請者の方へ この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出してください。

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）

(あて先) 上三川町長

### 【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11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、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。
- 利用開始予定日現在で、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。
- 上三川町副食費の施設による徴収に係る補給給付事業の交付の決定に必要な範囲で、町が申請者や同居親族の市区町村民税課税状況を確認したり、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めたりすることがあります。また、当該決定に関する情報を補給給付を行う際に必要な範囲で在園施設に提供し、施設が当該補助金を代理受領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時間未満又は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			居住地が町外の場合 町内転入後の住所	〒			
	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ください。						生年月日	年 月 日
	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（ ）	個人番号 (マイナンバー)			
申請 子ども	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		個人番号(マイナンバー)		
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、利用開始予定日時点で満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□にレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 町民税所得割非課税に該当	
	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、利用開始予定日時点で満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□にレ点を付けてください。							
	(子から見た続柄) 父・母・その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

利用開始予定日と 同年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
利用開始予定日の 前年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本年(前年)1月1日を賦課年度とする市区町村民税所得割額がわかる証明書(課税証明書など)を添付してください。

ひとり親世帯等の有無	非該当 ・ 該当 ( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 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

<必ず裏面も記入してください>

同居者を全員記入してください。※個人番号欄は、父母及び生計の中心者のみ記入してください。

生計の中心者の番号に○を付けてください (申請子どもの保護者及び同居者)	フリガナ 氏名	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
			個人番号		
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	

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)方は記入してください。

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)方は記入してください。

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