

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下さい。

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)

(宛先) 秋田市長

【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。
- 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号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、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。

利用給付認定の決定にあたり、私および私と生計を同一にする者に関する公簿の確認等(個人番号を含む)の調査を行うことに同意します。

※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	
(窓口申請者)	ふりがな	申請子どもとの続柄	〒	-	
	氏名		印	現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒
	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	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()	③	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅 その他()
子ども申請	ふりがな	現住所	〒	-	
	氏名	申請者と異なる場合のみ記載	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、認定希望日時時点で満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) <input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時時点で満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)				左記で第3号に該当し、市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。 <input type="checkbox"/> 市民税所得割非課税に該当
要理由を必ず	該当する□にレ点を付けて下さい。 (子から見た続柄) 父・母・その他() <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 <input type="checkbox"/> 災害 復旧 <input type="checkbox"/> 求職 活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() (子から見た続柄) 父・母・その他() <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 <input type="checkbox"/> 災害 復旧 <input type="checkbox"/> 求職 活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()				

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

認定希望日の 本年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
認定希望日の 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. 現住所と異なるかたのうち、秋田市以外に住所があった場合は、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。

同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	ふりがな	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	要介護認定 又は 障害者手帳	
	氏名		個人番号			
	1		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	2		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	3		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	4		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	5		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	

<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。

ふりがな		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。

ふりがな 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・子育て援助活動 病児保育・一時預かり	〒 — TEL: — —	年 月 日
	認可外・子育て援助活動 病児保育・一時預かり	〒 — TEL: — —	年 月 日
	認可外・子育て援助活動 病児保育・一時預かり	〒 — TEL: — —	年 月 日
	認可外・子育て援助活動 病児保育・一時預かり	〒 — 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。

		母親の状況		父親の状況	
就労	就労種別	<input type="checkbox"/> 家庭外労働 <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: ()		<input type="checkbox"/> 家庭外労働 <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: ()	
	妊娠・出産 (申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日			
疾病・障がい		(疾病・障がい名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(疾病・障がい名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
介護	被介護者	(申請子どもとの続柄:)		(申請子どもとの続柄:)	
	疾病・障がい名				
	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 ()	
災害復旧		災害の状況:		災害の状況:	
求職活動		活動の内容:		活動の内容:	
就学	期間	年 月 日まで		年 月 日まで	
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	

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

※61歳未満の同居祖父母がいる場合は、そのかたの分も必要です

太字は専用様式あり

就労	1日4時間かつ週4日以上働いているかた(就労予定含む)	就労証明書
妊娠・出産	出産の準備や出産後の休養が必要なかた(産前産後各8週間に限る)	母子健康手帳の写し(表紙と出産予定日が確認できる部分)
疾病・障がい	疾病・障がいのため保育が困難なかた	診断書 または障害者手帳・療育手帳
常時介護等	病人や障がい者を常時介護しているかた	介護状況届 と 診断書 またはケアプランの写し(要介護者の場合)
災害復旧	震災・火災等の災害復旧に当たっているかた	罹災証明書
求職活動	仕事を探しているかた	求職活動状況報告書
就学	1日4時間かつ週4日以上大学や職業訓練校などに通っているかた	在学証明書または受講決定通知と時間割
DV等	虐待や配偶者からの暴力のおそれがあるかた	相談関係機関の意見書または証明書
育休中	育休中も継続して保育が必要と判断されるかた(原則下の子の出産日から1年までに限る)	育児休業に係る継続入所申出書 と 就労証明書
—	認可外保育施設の利用を希望されるかた	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書

秋田市記載欄

利用給付認定の可否	利用給付認定区分・認定日	利用給付認定期間
可・否 (否とする場合はその理由)	<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 令和 年 月 日認定	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
備考		