

## 子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書 兼副食材料費補足給付認定申請書

(宛名) 池田市長

年 月 日

**【申請に当たって同意していただく事項】**

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、施設等利用費の支給及び副食材料費補足給付認定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。
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。副食材料費補足給付費の給付についても同様です。
4. 子育てのための施設等利用給付認定事務が集中し審査等に日時を要するときは、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。
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。
7. 副食材料費補足給付認定は、世帯の状況や所得によって認定されない場合があります。

以上のことに同意し、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。あわせて、子ども・子育て支援法第59条第3号ロの規定による助成を希望するので、次のとおり副食材料費補足給付認定を申請します。

●申請子ども、保護者等について記入してください。

認定希望日(利用希望開始日)		2	0	2	年			月			日	※それぞれ該当する場合に□にレ点を付けてください。					
保護者 (生計の 中心者)	フリガナ						申請 子ども との続柄	<input type="checkbox"/> 父	居住地	〒 -							
	氏名							<input type="checkbox"/> 母		居住地が市外の場合 市内転入後の居住地	〒 -						
							<input type="checkbox"/> 他 ( )										
	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。 ※ハイフンを入れてください。					生年月日				年			月			日
①							<input type="checkbox"/> 父携帯	<input type="checkbox"/> 母携帯	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> その他( )						
②							<input type="checkbox"/> 父携帯	<input type="checkbox"/> 母携帯	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> その他( )						
子申請 子ども	フリガナ						居住地 保護者と異なる 場合のみ記載	〒 -									
	氏名							生年月日	2	0		年			月		

●保育の希望について記入してください。

保育の希望 の有無 (認定種別)	<input type="checkbox"/> 保育を希望する。	・満3歳に達する日から最初の3月31日までの子ども ⇒ 第3号 ・満3歳に達する日後の最初の4月1日から小学校就学前までの子ども ⇒ 第2号		
	<input type="checkbox"/> 保育を希望しない。	⇒ 第1号	第3号に該当し、市民税非課税世帯に該当する場合は右の□にレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当	
保育 を希 望 入 る	申請子ども との続柄	保育を必要とする理由		
	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 出産 <input type="checkbox"/> 疾病 障害等 <input type="checkbox"/> 介護 看護 <input type="checkbox"/> 災害 復旧 <input type="checkbox"/> 求職 活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児 休業 <input type="checkbox"/> その他( )		
	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 出産 <input type="checkbox"/> 疾病 障害等 <input type="checkbox"/> 介護 看護 <input type="checkbox"/> 災害 復旧 <input type="checkbox"/> 求職 活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児 休業 <input type="checkbox"/> その他( )		

●利用(予定を含む。)をする幼稚園、認定こども園、特別支援学校幼稚部(以下「幼稚園等」といいます。)を記入してください。

フリガナ						所在地	〒 - ( )									
施設名						利用開始日				年			月			日

※利用する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は、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併用しても施設等利用費の給付対象になります。

<必ず裏面も記入してください。>

市記入欄

申請日	2	0	2	年			月			日	子ども										
認定日	2	0	2	年			月			日	施設コード										
認定開始日	2	0	2	年			月			日	認定終了日	2	0	2	年			月			日
申請理由	出産 <input type="checkbox"/>	疾・障 <input type="checkbox"/>	介・看 <input type="checkbox"/>	災害 <input type="checkbox"/>	児童詳細																
	求職 <input type="checkbox"/>	就学 <input type="checkbox"/>	育児 <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>	ひとり <input type="checkbox"/>	生保 <input type="checkbox"/>	緊急 <input type="checkbox"/>														
個人番号提供に係る申請者の本人確認として提示が必要な書類(身元確認)																		確認欄			
個人番号カード提示	確認書類なし																	<input type="checkbox"/>			
個人番号通知カード 提示	顔写真有の身分証(1点)	運転免許証、パスポート、写真付官公庁発行証明証、その他( )																<input type="checkbox"/>			
	顔写真無の身分証(2点)	健康保険証、年金手帳、銀行通帳(キャッシュカード)、学生証、その他( )																<input type="checkbox"/>			

