

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書 兼 現況届

(宛先)東彼杵町長 殿

【申請にあ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。	
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。	

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。

子ども申請	フリガナ	〒	—
	氏名	現住所	
		生年月日	年 月 日
	認定希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (□就学まで)	
認定種別	<input type="checkbox"/> 認定希望日時点で満3歳に達している。(保育を必要とする理由はなし)(第1号) <input type="checkbox"/> 申請子どもは、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(第2号) <input type="checkbox"/> 申請子どもは、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(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"/> 市民税非課税に該当

同居者を全員記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	フリガナ氏名	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
	1			大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
2			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		□有
3			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		□有
4			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		□有
5			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		□有
6			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		□有
7			大正 昭和 平成 令和 年 月 日		□有

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		所在地	<input type="checkbox"/> 東彼杵町内 <input type="checkbox"/> 東彼杵町外(市町村)
施設名		利用開始予定日	年 月 日

(裏面も記入)

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
	認可外 一時預かり 病児 子育て援助活動	<input type="checkbox"/> 東彼杵町内 <input type="checkbox"/> 東彼杵町外(市町村)	年 月 日
	認可外 一時預かり 病児 子育て援助活動	<input type="checkbox"/> 東彼杵町内 <input type="checkbox"/> 東彼杵町外(市町村)	年 月 日
	認可外 一時預かり 病児 子育て援助活動	<input type="checkbox"/> 東彼杵町内 <input type="checkbox"/> 東彼杵町外(市町村)	年 月 日
	認可外 一時預かり 病児 子育て援助活動	<input type="checkbox"/> 東彼杵町内 <input type="checkbox"/> 東彼杵町外(市町村)	年 月 日

申請者	母		父	
	フリガナ氏名		フリガナ氏名	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	現住所	(児童住所と異なる場合記入)	現住所	(児童住所と異なる場合記入)
	前年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 東彼杵町内 <input type="checkbox"/> 町外(市区町村)	前年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 東彼杵町内 <input type="checkbox"/> 町外(市区町村)
連絡先		連絡先		
就労	就労種別	<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"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他： ()	<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"/> 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 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 分 (往復時間を記入して下さい。)	
	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			
	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	
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		