

施設等利用給付認定申請書 (2・3号認定用)

(あて先) 岐 阜 市 長

- 【申請に当たって同意していただく事項】
- 施設等利用費に係る施設等利用給付認定の申請に当たって必要な市町村民税の情報(同居者の当該情報を含む。)、世帯情報及び生活保護の受給状況について照会、調査及び確認をされること。
 - 施設等利用給付認定又は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、申請書等に記載した内容を、施設又は事業者(以下「施設等」という。)に提供すること。
 - 施設等利用費は、子ども・子育て支援法(以下「法」という。)第30条の11第3項の規定により、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ること。
 - 認定事務が集中するときは、施設等利用給付認定の申請に対する決定が、岐阜市が申請書を受領した日から30日以降になる場合があること。
 - 申請書等の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ること。
 - 認定希望日現在で、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、施設等利用給付認定の申請はできないこと。

次のとおり、施設等利用費に係る施設等利用給付認定(法第30条の4第1号又は第2号に掲げる小学校就学前子どもに係るものに限る。)を申請します。
 なお、施設等利用費に係る施設等利用給付認定の申請に当たり、上記事項に同意します。

		認 定 希 望 日		年 月 日				
代 表 者 保 護 者	フリガナ	印	申請に係る 子どもとの 続 柄	住 所				
	氏 名			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。		生 年 月 日	年 月 日		
①		②		個 人 番 号 (マイナンバー)				
父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()		父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()						
申 請 に 係 る 子 ども	フリガナ	住 所		個 人 番 号 (マイナンバー)				
	氏 名	※代表保護者の住所と異なる場合のみ記載してください。						
		生 年 月 日	年 月 日					
認 定 種 別	該当する□に✓を入れてください。				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、□に✓を入れてください。			
	申請に係る子どもは、 <input type="checkbox"/> 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"/> 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)				<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に該当			
保 育 を 必 要 と す 由	該当する□に✓を入れてください。							
	(申請に係る子どもから見た続柄) 父・母・その他()	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 病気・ 障がい等	<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
(申請に係る子どもから見た続柄) 父・母・その他()	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 病気・ 障がい等	<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"/> その他()

認定希望日の 前年1月1日現在の住所	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 前々年1月1日現在の住所	母 親	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	父 親	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

※ 「認定種別」欄が(第3号)に該当する場合に記入してください。

	フリガナ	申請に係る子 どもとの続柄	個人番号(マイナンバー) 及び 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	生 年 月 日		
(生計の中心者の番号に○を付けてください。)	1		個 人 番 号			<input type="checkbox"/> 有
			生 年 月 日	. .		
	2		個 人 番 号			<input type="checkbox"/> 有
			生 年 月 日	. .		
	3		個 人 番 号			<input type="checkbox"/> 有
			生 年 月 日	. .		
4		個 人 番 号			<input type="checkbox"/> 有	
		生 年 月 日	. .			
5		個 人 番 号			<input type="checkbox"/> 有	
		生 年 月 日	. .			
6		個 人 番 号			<input type="checkbox"/> 有	
		生 年 月 日	. .			

※ 「個人番号」欄は、「認定種別」欄が(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ください。

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部

フリガナ		所在地	電話番号
施設名		施設利用開始(予定)日	年 月 日

※ 幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部の利用(予定を含む。)をする方は記入して下さい。

認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業及び子育て援助活動支援事業

フリガナ 施設等名	利用する サービスの種類	所在地	施設等利用 開始(予定)日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	電話番号	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	電話番号	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	電話番号	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	電話番号	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の利用(予定を含む。)をする方は記入してください。

区分		父親の状況		母親の状況	
就 労	就 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○を付けてください。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入してください。)	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○を付けてください。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入してください。)		
	前 年 1 月 1 日 以 降 の 転 職	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名： から 就労期間： から ② 就労先名： から 就労期間： から	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名： から 就労期間： から ② 就労先名： から 就労期間： から		
妊 娠 ・ 出 産 (申 請 時 点)				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (出産予定日) 年 月 日	
病 気 ・ 障 が い 等		(病気・障がい名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(病気・障がい名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
介 護 ・ 看 護	被 介 護 者 名	(申請に係る子どもとの続柄：)		(申請に係る子どもとの続柄：)	
	病 気 ・ 障 が い 名				
	受 診 等 の 状 況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院 (月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学 (週 回) 施設名 ()		<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 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○を付けてください。 通学時間 約 分 (往復時間を記入してください。)	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○を付けてください。 通学時間 約 分 (往復時間を記入してください。)		
	就 学 的 目 的	<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			
	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			
	そ の 他	保育を行うことが困難と認められる内容			

※ 保育を必要とする事由に応じて記入してください。