

逗子市長

保護者氏名

次のとおり、施設等利用給付(保育)に係る支給認定を申請します。

申請に係る 小学校就学前の 児童	(フリガナ) 氏名		生年月日		個人番号	性別
			平成 令和	年 月 日生		男・女
保護者住所	住所 (〒) 逗子市					
	令和5年1月1日現在の住所 (9~3月認定の場合は、令和6年1月1日現在)			逗子市内 ・ 逗子市外 (市)		
保護者連絡先	連絡先① (電話番号) (児童との続柄)					
	連絡先② (電話番号) (児童との続柄)					
在園中又は入園を 希望する園名					園の所在市区町村	市 町 区
認定を 希望する期間	開始日	令和 年 月 日から				
	終了日	<input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> その他(年 月 日まで)				

①世帯の状況

区分	(フリガナ) 氏名	児童との 続柄	生年月日	性別	勤務先、 学校名等	個人番号 (マイナンバー) 保護者のみ
児童の 世帯員(申請 児童以外、 同居親族 含む)		父	昭和 平成 年 月 日	男・女		
		母	昭和 平成 年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
出産予定	無・有	令和 年 月 日出産予定				
育児休業取得予定	無・有	母： 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで取得予定				
		父： 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで取得予定				

②申請に当たって同意していただく事項及び署名欄

- 逗子市が子育てのための施設等利用給付認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧することがあります。そのためのマイナンバーを取得し、利用することがあります。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。また、その情報に基づき決定した利用者負担額及び申請書等に記載した内容を特定子ども・子育て支援施設等に対して提示することがあります。
 - 施設等利用給付費は、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。
 - 制度開始直後及び新年度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、最長で認定希望日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、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。
 - 審査の結果、申請した認定区分と異なる区分での認定となる場合があります。
 - 一度提出された書類は、本人からの申し出であっても、返却をはじめ閲覧や写しの提供等はできません。
 - 記載内容に変更が生じた場合は、速やかに届け出てください。
- 保護者のいずれもが、上記のことについて確認し、同意します。 **保護者署名**

③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	施設の所在市区町村及び電話番号	利用開始予定日
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動	市 区 町 TEL	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動	市 区 町 TEL	年 月 日

④保育の利用を必要とする理由等

		父	母
不存在	理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中の別居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中の別居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> その他()
	時期	年 月 日(頃)から	年 月 日(頃)から
保育の利用を必要とする事由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> DV等のおそれ <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> DV等のおそれ <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> その他()
就労に レした場合	勤務先①	就労形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他()
		名称	
勤務(予定) 先は複数記 入可	勤務先②	就労形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他()
		名称	
疾病・障が いにレした 場合	傷病名		
	手帳の種類・等級		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 手帳・種 級
	状況		<input type="checkbox"/> 入院(年 月 日から) <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通院通所(月・週に 回)
介護等に レした場合	被介護者(被看護者) の情報	氏名 生年月日	(年 月 日)
		申請児童との関係	
		傷病名	
		手帳の種類・等級	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 手帳・種 級
		介護保険	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(□要介護:)
求職活動 にレした 場合	求職活動の内容		<input type="checkbox"/> インターネット・求人誌等で仕事を探している <input type="checkbox"/> ハローワークや派遣会社に登録して仕事を探している <input type="checkbox"/> その他()
	署名欄		利用開始後3か月以内に就労(内定)証明書が提出できない場合は、給付の対象にならなくなることを了承します。 署名: _____
就学に レした 場合	学校(機関)名		
	在学(在籍)期間		年 月まで
	就学の目的		<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他()
	卒業後の予定		(就労日数・時間)週 日、1日 時間就労
その他		保育を行うことが困難と認められる理由	