

(あて先)返子市長

| | | | |
|-----|-------|-------|--|
| 申請日 | 年 月 日 | 保護者氏名 | |
|-----|-------|-------|--|

施設等利用給付(保育)に係る支給認定については、次のとおり申請します。

| | | | | |
|------------------------|--|-----------------------|------------------|-----|
| 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 (マイナンバー) | 性別 |
| | | 年 月 日生 | | 男・女 |
| 保護者住所 | 住所(住民登録地) (〒249-) 返子市 | | | |
| | 令和4年1月1日現在の住所 (9~3月認定の場合は令和5年1月1日現在の住所) | 返子市内 ・ 返子市外(市・町・村・区) | | |
| 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 | |

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 | 職業、 学校名等 | 個人番号 (マイナンバー) |
|-----------------------------|---------------|---|--------|-----|-------------|------------------|
| 児童の 世帯員 (同居者 等を含む) | | 父 | 年 月 日生 | 男・女 | | |
| | | 母 | 年 月 日生 | 男・女 | | |
| | | | 年 月 日生 | 男・女 | | |
| | | | 年 月 日生 | 男・女 | | |
| | | | 年 月 日生 | 男・女 | | |
| | | | 年 月 日生 | 男・女 | | |
| 生活保護適用の有無 | | 適用無し・適用有り(年 月 日保護開始) | | | | |
| 家庭の状況 | | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等(児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) ・ <input type="checkbox"/> 左記以外 | | | | |

②認定を希望する期間

| | | | |
|---------------|-----|---|-------|
| 認定を 希望する期間 | 開始日 | 令和 年 月 日から | 入園年月日 |
| | 終了日 | <input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> その他(年 月 日まで) | 年 月 日 |

| | | | |
|------|---|------|--------------------|
| 出産予定 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 出産予定日 年 月 日 ※有の場合、「母子健康手帳」のコピーを添付 | 育児休業 | 年 月 日から 年 月 日まで |
|------|---|------|--------------------|

③申請に当たって同意していただく事項及び署名欄

- 返子市が特定子ども・子育て支援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。
- 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、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。
- 申告した市民税額や世帯状況等に変更が生じた場合は、給付の認定及び対象額が変更になることがありますので、速やかに届け出てください。
- 在園中に家庭状況等が変更した場合や退園したり返子市から転出した場合は、速やかに届け出てください。
- 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。

保護者のいずれれもが、上記のことについて確認し、同意します。 保護者氏名

㊞

④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 |

⑤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 ✓した場合 勤務(予定) 先は複数 記入可 | 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"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | | 名称 | | |
| | 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"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | | 名称 | | |
| 出産に ✓した場合 | 出産予定日 | | 年 月 日 | |
| 疾病・障 がいに✓ 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 | <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) | <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 ✓した場合 | 被 介 護 者 (被 看 護 者) の 情 報 | 氏名 生年月日 | (年 月 日生) | (年 月 日生) |
| | | 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 | <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:) | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(□要介護:) |
| 求職活動 に✓した 場合 | 求職活動の内容 | <input type="checkbox"/> 週3日以上求職活動(ハローワークに登録し、面接を受けている)をしている <input type="checkbox"/> 求職活動報告書の提出をしている <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 週3日以上求職活動(ハローワークに登録し、面接を受けている)をしている <input type="checkbox"/> 求職活動報告書の提出をしている <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、保育給付の対象にならなくなることを了承します。 署名: | 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、保育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 ✓した 場合 | 学校(機関)名 | | | |
| | 在学(在籍)期間 | 年 月まで | 年 月まで | |
| | 自宅からの通学時間 *送迎時間は含まず | 往復()時間()分/1日 | 往復()時間()分/1日 | |
| | 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() | |
| | 卒業後の予定 | (就労日数・時間)週 日、1日 時間就労 | (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内容 | 保育を行うことが困難と認められる内容 | |