

蕨市施設等利用給付認定申請書

提出日 年 月 日

蕨市長 あて

【申請に当たって同意していただく事項】
1 施設等利用費等の支給要件の該当性等を審査するため、市が必要な税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることがあります。
2 申請書等に記入した内容は、施設等利用給付認定等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・事業者を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、最長で利用の開始前日まで審査結果の通知を延期する場合があります。
上記の事項に同意し、次のとおり、施設等利用給付に係る認定について申請します。

1 申請者（保護者）

Table with 4 columns: 住所, (フリガナ) 氏名, 申請児童との続柄, 生年月日/個人番号. Includes fields for (父) and (母) phone numbers.

2 申請児童

Table with 3 columns: (フリガナ) 氏名, 生年月日, 個人番号. Includes a row for 生活保護 status (1 受けている or 2 受けていない).

3 申請する認定区分

Table with 2 columns: 認定希望日 (施設利用開始日) and 認定区分 (1号認定, 2号認定, 3号認定) with explanatory text for each.

4 同居世帯員の状況（申請者及び申請児童を除く。）

※個人番号欄は、3号認定を申請する場合に、父母及び生計の中心者のみ記入してください。

Table with 6 columns: (フリガナ) 氏名, 申請児童との続柄, 生年月日, 個人番号, 職業、学校名等. Multiple rows for other household members.

5 幼稚園等の利用（予定）状況（1号認定を申請する方のみ記入してください。）

利用（予定含む）する幼稚園（子どものための教育・保育給付の対象ではない私立幼稚園や国立大学附属幼稚園）、特別支援学校幼稚部を記入してください。

Table with 3 columns: (フリガナ) 施設名, 所在地・電話番号, TEL (). Includes a row for 利用開始 (予定) 日.

【2号認定又は3号認定を申請する場合は裏面も記入してください。】

(裏面)

※2号認定又は3号認定を申請する場合のみ記入してください。

6 保育を必要とする理由

申請児童 との続柄	父・母 その他()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()
	父・母 その他()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()

7 保護者の居住地

※3号認定を申請する場合のみ記入してください。

前年1月1日の住所 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()	今年1月1日の住所 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()
都道 府県	都道 府県
市区 町村	市区 町村
前年1月1日の住所 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()	今年1月1日の住所 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()
都道 府県	都道 府県
市区 町村	市区 町村

8 認可外保育施設等の利用(予定)状況

利用(予定を含む。)認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業又は子育て援助活動支援事業を記入してください。

(フリガナ) 施設名	利用する認可外保育施設等 の種類	所在地・電話番号	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	TEL ()	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	TEL ()	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	TEL ()	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	TEL ()	年 月 日