

申請者の方へ この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出して下さい。

令和6年4月1日

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書(法第30条の4第2号・第3号)

(宛先) 芦屋市長

【申請にあたって同意していただく事項】

- 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られることがあります。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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、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。
- 実費徴収補足給付事業費の対象者把握のため、市・県民税課税台帳及び住民基本台帳等の閲覧をすることがあります。

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。

				認定希望日(施設利用開始日)		令和6年4月1日	
保護者	フリガナ	アシヤ タロウ	申請子どもとの続柄	父	居住地	〒659-8501 芦屋市精道町7番6号	
	氏名	芦屋 太郎			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	平成3年1月1日	
	① 090-xxxx-xxxx	② 090-xxxx-xxxx			個人番号(マイナンバー)		
子ども申請	フリガナ	アシヤ イチロウ	現住所	〒 -		個人番号(マイナンバー)	
	氏名	芦屋 一郎	生年月日	令和2年4月4日			
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時時点で満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 checked="" type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時時点で満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 checked="" type="checkbox"/> 市民税非課税に該当	
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。 (子から見た続柄) 母・その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害等 <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 () (子から見た続柄) 父 () <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害等 <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 ()						

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

認定希望日の前年1月1日現在の住所 ※2	(母親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input checked="" 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 ※3	(母親)	大阪府大阪市〇〇町△△-×× <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	兵庫県西宮市〇〇町△△-×× <input type="checkbox"/> 現住所と同じ

※2.3. 現住所と異なる場合は、記入した住所地の市町村で発行される前年(前々年)1月1日を賦課年度とする市町村民税所得割額がわかる証明書(課税証明書など)を添付して下さい。

同居者を全員記入して下さい。

(生計の申請子どもの番号に○を付けて下さい)	フリガナ氏名	申請子どもとの続柄	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	アシヤ タロウ 芦屋 太郎	父	個人番号	3年 1月 1日	〇〇〇〇(株)
2	アシヤ ハナコ 芦屋 花子	母	個人番号	63年 2月 2日	(株)〇〇〇	<input type="checkbox"/> 有
3	アシヤ ユリコ 芦屋 百合子	姉	個人番号	26年 3月 3日	△△小学校	<input type="checkbox"/> 有
4	アシヤ サクラコ 芦屋 桜子	姉	個人番号	31年 4月 4日		<input type="checkbox"/> 有
5	アシヤ ジロウ 芦屋 二郎	弟	個人番号	3年 5月 5日		<input type="checkbox"/> 有
6	アシヤ レイコ 芦屋 令子	祖母	個人番号	31年 6月 6日	無職	<input checked="" type="checkbox"/> 有
7			個人番号	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入して下さい>

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		〒	—	番	()
施設名	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	日		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
□□□□エン □□□□園	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 659 — 00×× 芦屋市△△町1-2-3 TEL: 0797-99-9999	令和 6年 4月 1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

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

		母親の状況		父親の状況	
就労	就労種別	<input checked="" 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 checked="" 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 50 分 (往復時間を記入して下さい。)	
	前年1月1日以降の転職	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: ○○○(株) 就労期間: 平成30年4月 から ② 就労先名: から 就労期間: から	<input checked="" 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 checked="" 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 傷病・障害名	(申請子どもとの続柄:)		(申請子どもとの続柄:)	
	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 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 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		

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

1 会社等にお勤めの方(常勤・パート、内職など)	「就労証明書」
2 自営の方	「就労証明書」、自営が分かる客観的書類(確定申告書、営業許可証、開業届等)
3 妊娠中及び出産後間がない場合(産前2か月、産後3か月)	母子手帳のコピー(表紙と分娩予定日の記載ページ)
4 保護者が病気又は心身に障がいがある場合	保護者の診断書(病気により、子どもの保育ができない旨記載のあるもの)、障がい者手帳等のコピー(等級及び本人の氏名、生年月日、住所の記載のあるもの)
5 保護者が親族の方を介護・看護している場合	介護を受けている方の診断書(常時介護や看護が必要である旨記載のあるもの)
6 災害の復旧に当たっている場合	災害を受けたことが分かるもの(被災証明書等)
7 仕事を探している場合	求職中であることが分かるもの(ハローワークカード等)、「求職状況申立書」
8 保護者が大学や職業訓練学校、専門学校などに通学している場合	在学証明書、カリキュラム(時間・日数の確認ができるもの)
9 虐待やDVのおそれがある場合	児童相談所からの証明書類など
10 認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書