

子育てのための施設等利用給付認定申請書

加西市長 様

年 月 日

【申請にあたって同意していただく事項】

- 施設等利用費の支給に必要な範囲で、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（マイナンバー制度による情報連携を含む）を求めることがあります。
- 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・事業者提供することがあります。
- 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。
- 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。

以上のことに同意し、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

保護者(署名)

子ども申請	フリガナ		生年月日	年 月 日	個人番号(マイナンバー)
	氏名		2025年4月1日時点の満年齢	歳	
	住所	〒 加西市			主な利用施設

保護者	父	フリガナ		生年月日	年 月 日	個人番号(マイナンバー)	
		氏名		TEL	-	-	
		児童と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)					
	2024 年1月1日住所 () <input type="checkbox"/> 申請子どもと同じ						
	2025 年1月1日住所 () <input type="checkbox"/> 申請子どもと同じ						
	母	フリガナ		生年月日	年 月 日	個人番号(マイナンバー)	
氏名			TEL	-	-		
児童と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)							
2024 年1月1日住所 () <input type="checkbox"/> 申請子どもと同じ							
2025 年1月1日住所 () <input type="checkbox"/> 申請子どもと同じ							

世帯の状況 (申請子ども、 父母を除く)	続柄	フリガナ 氏名	生年月日	就労・通学・通園先等	要介護認定又は 障害者手帳
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

認定希望日 (施設利用開始日)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 / 小学校就学前 まで
認定種別	<input type="checkbox"/> 第1号 (申請子どもが認定希望日時点で満3歳に達している。) ※以下の第2号、第3号に該当するものも含む <input type="checkbox"/> 第2号 (保育を必要とする事由 (保護者の就労等) に該当し、申請子どもが2025年4月1日時点で3歳に達している。) <input type="checkbox"/> 第3号 (保育を必要とする事由 (保護者の就労等) に該当し、申請子どもが2025年4月1日時点で3歳に達していない 市民税非課税世帯に該当)
保育を必要とする理由	(子から見た続柄) 父・母・その他 () <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 出産 <input type="checkbox"/> 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・母・その他 () <input 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 ()

<必ず裏面も記入して下さい>

幼稚園・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		所在地	〒 ー TEL ()
施設名		利用開始予定日	年 月 日
預かり保育事業※の利用の有無	<input type="checkbox"/> 預かり保育を利用する <input type="checkbox"/> 預かり保育を利用しない	※ 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。	

認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、ファミリーサポートセンター事業を利用する(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
	認可外 病児保育	〒 ー TEL: ー ー	年 月 日
	一時預かり ファミサポ	〒 ー TEL: ー ー	年 月 日
	認可外 病児保育	〒 ー TEL: ー ー	年 月 日
	一時預かり ファミサポ	〒 ー TEL: ー ー	年 月 日
	認可外 病児保育	〒 ー TEL: ー ー	年 月 日
	一時預かり ファミサポ	〒 ー TEL: ー ー	年 月 日

未提出書類	父	<input type="checkbox"/> 就労証明書 <input type="checkbox"/> 学生証・在学証明書等	<input type="checkbox"/> 診断書・障害者手帳等の写し <input type="checkbox"/> その他()
	母	<input type="checkbox"/> 就労証明書 <input type="checkbox"/> 母子手帳の写し(表紙と分娩予定日の記載がある頁) <input type="checkbox"/> 学生証・在学証明書等	<input type="checkbox"/> 診断書・障害者手帳等の写し <input type="checkbox"/> その他()
	その他	<input type="checkbox"/> 罹災証明書 <input type="checkbox"/> 給与明細書等の写し	<input type="checkbox"/> 診断書・障害者手帳等の写し <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書の写し <input type="checkbox"/> 事業専従者とわかる書類(確定申告の収支内訳書など) <input type="checkbox"/> その他()
	申請時に特別な理由により未提出の上記書類は、 年 月 日までに必ず提出します。 正当な理由なく期限までに書類を提出しなかった場合には、 本申請が取下げとなる ことに承諾します。 年 月 日 保護者(署名)		

注意

- ・同一世帯から2人以上の児童が申請を行う場合は、児童1人につき1枚ずつ記入してください。
- ・申込関係書類はすべてそろえて提出してください。書類に不備があれば受付できない場合があります。
- ・必要年度の税申告をされていない場合、希望する認定が受けられないことがあります。

(留意事項)

施設等利用給付認定について、次の場合がありますのであらかじめご承知下さい。

- ・ 保育の実施基準に該当しないため、希望する認定が受けられない場合
- ・ 保育の実施基準の該当事由により認定期間の希望に添えない場合