

施設等利用給付認定申請書（現況届）

(宛先) いちき串木野市長

申 込 年 月 日	令 和	年	月	日
-----------	-----	---	---	---

次のとおり、子育てのための施設等利用給付に係る認定を申請します。

ふ り が な		生 年 月 日	年 齢
申請子どもの氏名		. .	
現 住 所	いちき串木野市		
ふ り が な	申請子どもの続柄	連 絡 先 電 話 番 号	
保 護 者 氏 名		自宅() - 携帯 - - (父) 携帯 - - (母)	

認 定 区 分	<input type="checkbox"/> 保育の希望 無【1号】…幼稚園等(※1)の利用を希望 <input type="checkbox"/> 保育の希望 有…幼稚園等及び認定こども園等(※2)での預かり保育や認可外保育施設等(※3)での保育の利用を希望 <input type="checkbox"/> 【2号(満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している場合)】 <input type="checkbox"/> 【3号(満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあり市民税所得割非課税世帯に該当する場合)】
---------	---

※1「幼稚園等」とは、新制度未移行の幼稚園・国立大学付属幼稚園・特別支援学校幼稚園部の教育部分のみをいいます。
 ※2「認定こども園等」とは、認定こども園及び新制度移行済の幼稚園をいいます。
 ※3「認可外保育施設等」とは、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・センター事業をいいます。

上記「認定区分」が3号に該当する場合に記入してください。

令和3年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> いちき串木野市内 <input type="checkbox"/> いちき串木野市外 (市・区・町・村)	左記住所がいちき串木野市外の場合は、記入した住所地で発行される該当年1月1日を賦課年度とする課税証明書を提出してください。
令和4年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> いちき串木野市内 <input type="checkbox"/> いちき串木野市外 (市・区・町・村)	

・申請子どもと同居している親族等の全員（別世帯も含む。）及び保護者が扶養しているお子さん全員を記入してください。

申 請 子 ど も の 世 帯 員	氏 名	個人番号	続柄	生年月日	年齢	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
				. .			<input type="checkbox"/> 有
				. .			<input type="checkbox"/> 有
				. .			<input type="checkbox"/> 有
				. .			<input type="checkbox"/> 有
				. .			<input type="checkbox"/> 有
				. .			<input type="checkbox"/> 有

●未移行幼稚園、国立大学付属幼稚園、特別支援学校幼稚園部を教育部分のみ利用する（予定含む）場合は記入してください。

利用(予定)施設名		所在地	〒 -	利用開始予定日	令和 年 月 日
-----------	--	-----	-----	---------	----------

・以下については、「認定区分」で「保育の希望 有」の選択がある場合のみ記入してください。

●未移行幼稚園、国立大学付属幼稚園、特別支援学校幼稚部を預かり保育を含めて利用する（予定含む）方は記入してください。

利用(予定)施設名		所在地	〒 -	利用開始予定日 令和 年 月 日
-----------	--	-----	-----	---------------------

●認定こども園、新制度移行済の幼稚園の預かり保育を利用する（予定含む）方は記入してください。

利用(予定)施設名		所在地	〒 -	利用開始予定日 令和 年 月 日
-----------	--	-----	-----	---------------------

●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）方は記入してください。

利用(予定)施設・事業名	利用するサービスの種類 (○をつける)	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・ファミリーサポートセンター	〒 -	TEL - -	令和 年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・ファミリーサポートセンター	〒 -	TEL - -	令和 年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・ファミリーサポートセンター	〒 -	TEL - -	令和 年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・ファミリーサポートセンター	〒 -	TEL - -	令和 年 月 日

・2号又は3号の認定を受ける場合は、保護者に保育の必要性があることについて記載するとともに、保育の利用を必要とする理由についての添付書類を併せて提出してください。

家庭の状況				
父	保育の利用を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 不在 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	勤務地等	(市区町村)	通勤手段及び時間	
	その他具体的状況(詳細)	(勤務時間・日数や療養・介護等の状況について)		
母	保育の利用を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 不在 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	勤務地等	(市区町村)	通勤手段及び時間	
	その他具体的状況(詳細)	(勤務時間・日数や療養・介護等の状況について)		

※市記載欄

認定の可否 可・否(否とする理由)				
認定者番号	(令和 年 月 日認定)	区分	(法第30条の4) <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	