

三木市教育・保育給付認定・変更申請書 兼 施設等利用給付認定・変更申請書

三木市長様

【申請に当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、必要な情報（地方税関係情報等）について、住民基本台帳、課税台帳その他公簿等を確認し、又は他の行政機関等に必要な資料の提供を求める場合があること。
- 入園に係る事務、施設の利用その他児童又は保護者の安全又は支援に必要な範囲において、市から関係機関に申込情報及び施設等利用給付認定の内容等を提供する場合があること。
- 子ども・子育て支援法第30条の11第3項の規定に基づき、施設等利用費を認定を受けた保護者に代えて特定子ども・子育て支援提供者に支給する場合があること。
- 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、申請日にかかわらず、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ること。
- 添付書類を含め、申請の内容に虚偽があった場合、施設等利用給付認定を取り消す場合があること。
- 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、本認定の申請ができないこと。

以上のことに同意し、幼稚園、特別支援学校、認可外保育施設、一時預かり事業、預かり保育事業、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、上記事項に同意し、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。また、施設等利用給付認定の対象とならなかった場合は、子ども・子育て支援法第20条第1項の規定に基づき、子どものための教育・保育給付に係る認定を申請します。

※ 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 年 月 日	
保護者	フリガナ	〒 -		現住所	
	氏名	〒 -		現住所が市外の場合 市内転入後の住所	
	※ 自署してください。				
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ください。					
①	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）	②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）	③	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）
申請子ども	フリガナ	生年月日			令和 年 月 日
	氏名				

今年1月1日現在の住所	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
前年1月1日現在の住所	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
上記2段に現住所と異なる三木市外の住所を書かれた場合、下記にマイナンバーを記入してください。				
(母親)			(父親)	

<必ず裏面も記入してください>

市使用欄

受付印	利用施設	認定	給付	補助	対象外
		施設等利用給付	新1号	新2号	新3号
		教育・保育給付	1号	2号	3号
		子どもコード			

幼稚園・特別支援学校幼稚部・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（ファミリー・サポート・センター）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	所在地	利用開始予定日
	幼稚園・特別支援学校幼稚部 認可外 ・一時預かり 病児保育 ・ファミサポ	〒 ー ー TEL: ー ー	年 月 日
	幼稚園・特別支援学校幼稚部 認可外 ・一時預かり 病児保育 ・ファミサポ	〒 ー ー TEL: ー ー	年 月 日
	幼稚園・特別支援学校幼稚部 認可外 ・一時預かり 病児保育 ・ファミサポ	〒 ー ー TEL: ー ー	年 月 日
	幼稚園・特別支援学校幼稚部 認可外 ・一時預かり 病児保育 ・ファミサポ	〒 ー ー TEL: ー ー	年 月 日

同居者全員（世帯分離をしている同居世帯を含む）と、別居している子どもについて記入してください。

申請子ども （生計の中心者の番号に○を付けてください）	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 別居の場合は住所も記入してください
	1			年 月 日
2			年 月 日	
3			年 月 日	
4			年 月 日	
5			年 月 日	
6			年 月 日	
7			年 月 日	
8			年 月 日	

※ 以下の欄は、保育認定を受ける方のみ記入してください。

保育を必要とする理由	続柄	該当する□にレ点を付けてください。											
	父	<input type="checkbox"/> 勤務	<input type="checkbox"/> 自営	<input type="checkbox"/> 自営手伝い	<input type="checkbox"/> 内職	<input type="checkbox"/> 農業	<input type="checkbox"/> 介護看護	<input type="checkbox"/> 疾病障がい	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他()		
	母	<input type="checkbox"/> 勤務	<input type="checkbox"/> 自営	<input type="checkbox"/> 自営手伝い	<input type="checkbox"/> 内職	<input type="checkbox"/> 農業	<input type="checkbox"/> 妊娠出産	<input type="checkbox"/> 介護看護	<input type="checkbox"/> 疾病障がい	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他()	
	祖父	<input type="checkbox"/> 勤務	<input type="checkbox"/> 自営	<input type="checkbox"/> 自営手伝い	<input type="checkbox"/> 内職	<input type="checkbox"/> 農業	<input type="checkbox"/> 介護看護	<input type="checkbox"/> 疾病障がい	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他()		
	祖母	<input type="checkbox"/> 勤務	<input type="checkbox"/> 自営	<input type="checkbox"/> 自営手伝い	<input type="checkbox"/> 内職	<input type="checkbox"/> 農業	<input type="checkbox"/> 妊娠出産	<input type="checkbox"/> 介護看護	<input type="checkbox"/> 疾病障がい	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他()	