

# 様式 2

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

令和 年 月 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) 兼 副食費の施設による徴収に係る補足給付費申請書

遠賀町長 古野 修 殿

- 【申請にあたり、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あたって、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及び副食費の施設による徴収に関する情報として必要と認められる場合に、施設及び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。
  - 副食費の施設による徴収に係る補足給付費の受領に関する権限を私が利用する施設の運営団体（法人等）に委任すること。
  - 個人番号（マイナンバー）により、申請子どもの世帯員の所得情報等を確認することがあります。
  - 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。

以上のことに同意し、保護者の就労、疾病又は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、病児保育事業及び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時間未満又は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	氏名	申請子どもとの続柄	居住地	〒
		※ 自署の場合は、押印不要です。		現住所が町外の場合、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ください。				生年月日
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( )	個人番号 (マイナンバー)	
子ども申請	フリガナ	氏名	現住所 申請者と異なる場合のみ記載	〒	個人番号(マイナンバー)
			生年月日	平成・令和 年 月 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 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 			左記で第3号に該当し、町民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点等を付けてください。 <input type="checkbox"/> 町民税非課税に該当	
と保育を理由必要	子から見た続柄	該当する□にレ点等を付けてください。			
	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
	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

上記「認定種別」が（第3号）に該当する場合に記入してください。

認定希望日の前年の 1月1日現在の住所（※2）	(母)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の前々年の 1月1日現在の住所（※3）	(母)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父)	<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を添付してください。

同居者を全員記入してください。

(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 又は単身赴任先等	要介護認定又は 障害者手帳
	1				個人番号 大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
2				個人番号 大正・昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
3				個人番号 大正・昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
4				個人番号 大正・昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5				個人番号 大正・昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6				個人番号 大正・昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7				個人番号 大正・昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

<裏面も記入してください>



# 様式2 記入例

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

令和 年 月 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) 兼 副食費の施設による徴収に係る補足給付費申請書

遠賀町長 古野 修 殿

- 【申請にあたり、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あたって、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及び副食費の施設による徴収に関する情報として必要と認められる場合に、施設及び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。
  - 副食費の施設による徴収に係る補足給付費の受領に関する権限を私が利用する施設の運営団体(法人等)に委任すること。
  - 個人番号(マイナンバー)により、申請子どもの世帯員の所得情報等を確認することがあります。
  - 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。

以上のことに同意し、保護者の就労、疾病又は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、病児保育事業及び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時間未満又は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	オンガ タロウ		申請子どもとの続柄	父	
	氏名	遠賀 太郎 印				居住地
	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。		生年月日		昭和・平成 60年 1月 1日	
①	093-293-1234	父(携帯・母(携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他))	②	090-1234-5678	父(携帯・母(携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他))	
個人番号(マイナンバー)	1234	5678	9001			
子ども申請	フリガナ	オンガ シノ		現住所	〒 ー	
	氏名	遠賀 紫蘇		申請者と異なる場合のみ記載	同上	
		生年月日		平成・令和 30年 1月 1日		
		個人番号(マイナンバー)		1234 5678 9000		
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満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 type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満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、町民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点等を付けてください。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 町民税非課税に該当	
と保育を理由要	子から見た続柄		該当する□にレ点等を付けてください。			
	父(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( )		
父(母)その他( )	<input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" 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ください。

認定希望日の前年の1月1日現在の住所(※2)	(母)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の前々年の1月1日現在の住所(※3)	(母)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ

※2、3 現住所と異なる場合は、記入した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を添付してください。

同居者を全員記入してください。

(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等	要介護認定又は障害者手帳
				個人番号	年	月		
①	オンガ	太郎	父	1234	5678	9001	遠賀町役場	<input type="checkbox"/> 有
2	オンガ	花子	母	1234	5678	9002	遠賀町病院	<input type="checkbox"/> 有
3	オンガ	水仙	兄	1234	5678	9003	遠賀町小学校	<input checked="" type="checkbox"/> 有
4	オンガ	赤芋	祖父	1234	5678	9004	遠賀農園	<input type="checkbox"/> 有
5	オンガ	菜種	祖母	1234	5678	9005	遠賀農園	<input type="checkbox"/> 有
6								<input type="checkbox"/> 有
7								<input type="checkbox"/> 有

<裏面も記入してください>

