

施設等利用給付認定申請書兼現況届出書

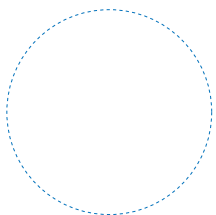
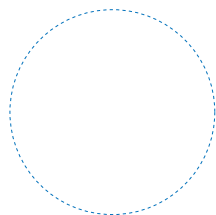
大分市長    殿

申請します。  
次のとおり、施設等利用給付認定について下記確認事項に同意の上、現況を届け出ます。

|                  |                                                                          |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |                   |                   |                      |                    |                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 申請児童の<br>情報      | 氏名（ふりがな）                                                                 |                                                                                          | 性別                                                                                                                                                                                                                 | 生年月日              |                   | 令和    年4月1日<br>時点の年齢 | 下記保護者<br>との続柄      | 施設等利用給付認定<br>希望年月日<br>※提出日以降の日付を記入してください。                                                                              |                                                                                                                        |                                                                |
|                  |                                                                          |                                                                                          | 男<br>女                                                                                                                                                                                                             | H・R<br><br>・    ・ |                   | 歳                    | 子<br>その他<br>(    ) | R<br><br>・    ・                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                |
|                  |                                                                          |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |                   |                   |                      |                    |                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                |
| 保護者（申請者）<br>の情報  | ふりがな                                                                     |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    | 生年月日              | S・H<br><br>・    ・ |                      | 電話番号               | (自宅)<br>.....<br>(    )<br>(携帯)<br>.....<br>(    )                                                                     |                                                                                                                        |                                                                |
|                  | 氏 名                                                                      |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |                   |                   |                      |                    |                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                |
|                  | 住 所                                                                      | 〒    -<br>(A)    大分市                                                                     |                                                                                                                                                                                                                    |                   |                   |                      |                    |                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                |
|                  | ※下記該当日に <u>市外居住の方</u> は当時の住所を記入してください。                                   |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |                   |                   |                      |                    |                                                                                                                        | 生活保護の状況                                                                                                                |                                                                |
|                  | 認定希望日の前年1月1日時点の                                                          |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |                   |                   |                      |                    |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 適用なし<br><input type="checkbox"/> 申請中<br><input type="checkbox"/> 適用あり<br>(    年    月    日 開始) | 担当者名<br>※担当者が記入すること<br><br>(    )                              |
|                  | 住 所                                                                      | (B)    ・住所 A と同じ<br>・その他 {    都・道    市・区<br>府・県    町・村    }                              |                                                                                                                                                                                                                    |                   |                   |                      |                    |                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                |
| 認定希望日の前々年1月1日時点の |                                                                          |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |                   |                   |                      |                    | <input type="checkbox"/> 適用なし<br><input type="checkbox"/> 申請中<br><input type="checkbox"/> 適用あり<br>(    年    月    日 開始) | 担当者名<br>※担当者が記入すること<br><br>(    )                                                                                      |                                                                |
| 住 所              | (C)    ・住所 A と同じ<br>・住所 B と同じ<br>・その他 {    都・道    市・区<br>府・県    町・村    } |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |                   |                   |                      |                    |                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                |
| 保育の希望            |                                                                          | 無                                                                                        | <input type="checkbox"/> 幼稚園（子どものための教育・保育給付の対象ではない私立幼稚園や国立大学附属幼稚園）<br><input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚部                                                                                                           |                   |                   |                      | 利用（予定）施設名①         |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 新1号<br>認定希望                                                                                   |                                                                |
|                  |                                                                          |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |                   |                   |                      |                    |                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                |
|                  |                                                                          | 有                                                                                        | <input type="checkbox"/> 幼稚園等（幼稚園・認定こども園(1号)・特別支援学校幼稚部）と預かり保育事業<br><input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業<br><input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業 |                   |                   |                      | 利用（予定）施設名②         |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 新2号<br>認定希望                                                                                   |                                                                |
|                  |                                                                          |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |                   |                   |                      |                    |                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                |
|                  |                                                                          |                                                                                          | ○新2、3号認定希望の場合、下記の「必要とする理由」についても記入してください。<br>・新2号認定子ども：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日を経過している子ども<br>・新3号認定子ども：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日までの間にあり、市町村民税非課税世帯に該当する子ども                                                     |                   |                   |                      |                    |                                                                                                                        |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 新3号<br>認定希望で<br>市町村民税<br>非課税世帯<br>に該当 |
| 必要とする理由          | 続柄                                                                       | 必要とする理由                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                    |                   |                   |                      |                    |                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                |
|                  | (    )                                                                   | 1.就労    2.妊娠・出産    3.疾病・障害    4.介護等    5.災害復旧    6.求職活動    7.就学    8.育休中    9.その他 (    ) |                                                                                                                                                                                                                    |                   |                   |                      |                    |                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                |
|                  | (    )                                                                   | 1.就労    2.妊娠・出産    3.疾病・障害    4.介護等    5.災害復旧    6.求職活動    7.就学    8.育休中    9.その他 (    ) |                                                                                                                                                                                                                    |                   |                   |                      |                    |                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                |

※字は楷書ではっきりと、太枠の中だけ記入してください（裏面も記入してください）。

**確認事項**  
1.申請児童の施設等利用給付認定の審査等のため必要がある場合、保護者・家族の税務資料・住民基本台帳を閲覧すること及び当該情報に基づき決定した施設等利用給付認定や施設等利用費の支給その他施設における給食費の徴収に関する情報について、施設・事業者に対して提示することに同意します。  
2.提出書類の内容について、電話や訪問などにより保護者や就労先等に確認する場合があります。  
3.施設等利用費は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領する場合があります。  
4.施設等利用給付認定にかかる通知は、手続上、申請書を受理した日から起算して30日を超過する場合があります。  
5.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。  
6.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。

|                                                                                     |                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 施設受付印                                                                               | 市受付印                                                                                | 摘 要 |
|  |  |     |
| 受付日    令和    年    月    日                                                            |                                                                                     |     |

○保育の希望が「有」の場合は、別途保育を必要とする理由が確認できる書類が必要です。必ず添付して申請（届出）してください。  
○現況届出の際は、現状を記入してください。認定事項に変更がある場合は、戸籍謄本等の証明を別途求めることがあります。  
○現況届出の際に、認定事項に変更がある場合は、原則、届出書を本市が確認した翌月1日から施設等利用給付認定の変更を行います。

|     |
|-----|
| 電 算 |
|     |

(裏 面)

| 申請児童の<br>家庭状況 | 同居<br>※同居者を全員記入してください | (ふりがな)<br>氏 名 |                  | 続柄    | 令和<br>年 4 月 1 日時点の年齢<br>生年月日 | 就労・通学<br>通園先等 | 所属開始年月     |                                                            | 令和 年<br>4 月 1 日<br>以降の所属                                                                  |   |                                                                                           |
|---------------|-----------------------|---------------|------------------|-------|------------------------------|---------------|------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                       |               |                  | (保護者) | 個人番号<br>(マイナンバー)             |               |            |                                                            | H・R                                                                                       |   | <input type="checkbox"/> 在籍<br><input type="checkbox"/> 予定<br><input type="checkbox"/> 希望 |
|               |                       |               |                  |       | S・H                          |               | ・          | ・                                                          |                                                                                           | ・ | ～                                                                                         |
|               |                       | (保護者)         | 個人番号<br>(マイナンバー) |       |                              |               | H・R        |                                                            | <input type="checkbox"/> 在籍<br><input type="checkbox"/> 予定<br><input type="checkbox"/> 希望 |   |                                                                                           |
|               |                       |               | S・H              |       | ・                            | ・             |            | ・                                                          | ～                                                                                         |   |                                                                                           |
|               |                       |               | 個人番号<br>(マイナンバー) |       |                              |               | H・R        |                                                            | <input type="checkbox"/> 在籍<br><input type="checkbox"/> 予定<br><input type="checkbox"/> 希望 |   |                                                                                           |
|               |                       |               | T・S・H・R          |       | ・                            | ・             |            | ・                                                          | ～                                                                                         |   |                                                                                           |
|               |                       |               | 個人番号<br>(マイナンバー) |       |                              |               | H・R        |                                                            | <input type="checkbox"/> 在籍<br><input type="checkbox"/> 予定<br><input type="checkbox"/> 希望 |   |                                                                                           |
|               |                       |               | T・S・H・R          |       | ・                            | ・             |            | ・                                                          | ～                                                                                         |   |                                                                                           |
|               |                       |               | 個人番号<br>(マイナンバー) |       |                              |               | H・R        |                                                            | <input type="checkbox"/> 在籍<br><input type="checkbox"/> 予定<br><input type="checkbox"/> 希望 |   |                                                                                           |
|               |                       |               | T・S・H・R          |       | ・                            | ・             |            | ・                                                          | ～                                                                                         |   |                                                                                           |
|               |                       |               | 個人番号<br>(マイナンバー) |       |                              |               | H・R        |                                                            | <input type="checkbox"/> 在籍<br><input type="checkbox"/> 予定<br><input type="checkbox"/> 希望 |   |                                                                                           |
|               |                       |               | T・S・H・R          |       | ・                            | ・             |            | ・                                                          | ～                                                                                         |   |                                                                                           |
| 別居<br>※離別等除く  |                       | (ふりがな)<br>氏 名 |                  | 続柄    | 令和<br>年 4 月 1 日時点の年齢<br>生年月日 | 住 所           |            |                                                            |                                                                                           |   |                                                                                           |
|               |                       |               | 個人番号<br>(マイナンバー) |       |                              | 就労・通学・通園先等    | 所属開始年月     | 所 属                                                        |                                                                                           |   |                                                                                           |
|               |                       |               | T・S・H・R          |       | ・                            | ・             |            | ・                                                          | ～                                                                                         |   |                                                                                           |
|               |                       |               | 個人番号<br>(マイナンバー) |       |                              | 都・道<br>府・県    | 市・区<br>町・村 | <input type="checkbox"/> 在籍<br><input type="checkbox"/> 予定 |                                                                                           |   |                                                                                           |
|               |                       |               | T・S・H・R          |       | ・                            | ・             |            | ・                                                          | ～                                                                                         |   |                                                                                           |
|               |                       |               | 個人番号<br>(マイナンバー) |       |                              | 都・道<br>府・県    | 市・区<br>町・村 | <input type="checkbox"/> 在籍<br><input type="checkbox"/> 予定 |                                                                                           |   |                                                                                           |
|               |                       |               | T・S・H・R          |       | ・                            | ・             |            | ・                                                          | ～                                                                                         |   |                                                                                           |

以下は、施設等利用給付新 2・3 号認定（保育の希望あり）申請児童について、認可保育施設等の申込みを行わなかった方のみ記入してください。

私は、子ども子育て支援法（平成 24 年法律第 65 条）第 30 条の 5 第 1 項の規定により、施設等利用給付認定の申請を行いました。この際、同法第 20 条第 4 項に規定する教育・保育給付認定の申請及び保育所等の利用申込みを行わなかった主な理由は以下のとおりです。

☐ 既に利用している施設を継続して利用するため

☐ 認可保育施設等で、希望する時間帯の保育が行われていないため  
（希望する保育時間：          時～              時）

☐ 認可保育施設等が自宅や職場から遠いなど地理的に希望に合っていないため

☐ その他（自由記述）