様式第７号（第１６条、第２１条関係）

施設等利用給付認定（変更）申請書

年　　月　　日

あきる野市長　殿

あきる野市福祉事務所長　殿

保護者氏名

次のとおり、施設等利用給付認定を申請します。

フリガナ		生年月日	年　月　日 （４月１日時点　　歳）
申請に係る児童氏名		個人番号	
保護者居住地・電話番号	〒 ・自宅　　・母携帯　　・父携帯		
認定証番号	・子どものための教育・保育給付に係る認定を受けている場合は、記入してください。		
保育の利用の希望の有無（※）	有：保護者の労働、疾病等の理由により、認定こども園等において保育の利用を希望する場合（幼稚園等と併願の場合を含む。）		
	無：幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）		

※・「認定こども園等」とは、認定こども園、教育・保育給付の対象となる私立幼稚園及び特別支援学校幼稚部（預かり保育事業を含む。）、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業並びにファミリーサポート事業をいいます。
・「幼稚園等」とは、教育・保育給付の対象でない私立幼稚園及び国立大学附属幼稚園並びに特別支援学校幼稚部をいいます。
・「有」に○を付けた場合は①～⑥に、「無」に○を付けた場合は①、③及び⑤に必要事項を記入してください。

（注）　該当するものを○で囲み、該当する□にレ印を付け、必要事項を記入してください。

①家庭の状況

	フリガナ 氏　名	児童との続柄	生年月日 個人番号	職業又は学校名等	備　考
保護者			年　月　日		
保護者			年　月　日		
他の同居の家族		本人	年　月　日		
他の同居の家族			年　月　日		
他の同居の家族			年　月　日		
他の同居の家族			年　月　日		
他の同居の家族			年　月　日		
ひとり親家庭の状況（該当する場合のみ）	死亡・離婚・未婚・行方不明・拘禁・その他（　　） 年　月から 養育費：有（月額　　円）・無				

②保育の利用を必要とする理由等

	続柄	事　　由	備考
保育の利用を必要とする理由		□労働　□妊娠・出産　□疾病・負傷　□障害　□介護・看護　□災害復旧 □求職活動　□在学　□職業訓練　□児童虐待　□配偶者暴力　□育児休業 □その他（　　）	
		□労働　□妊娠・出産　□疾病・負傷　□障害　□介護・看護　□災害復旧 □求職活動　□在学　□職業訓練　□児童虐待　□配偶者暴力　□育児休業 □その他（　　）	
利用希望曜日			
利用希望時間		時　　分から　　時　　分まで	

③利用を希望する期間、施設（事業者）名等

利用を希望する期間	年　月　日から　年　月　日まで	
利用を希望する施設（事業者）名及びサービスの種類		□認可外　□一時預かり □病児保育　□ファミリーサポート
		□認可外　□一時預かり □病児保育　□ファミリーサポート
		□認可外　□一時預かり □病児保育　□ファミリーサポート

④保育の状況

1　自宅で保育している。	保育者　氏名　　続柄
2　個人に預けている。	預け先　住所 氏名　　関係　　費用の有無　有　・　無
3　職場に連れて行く。	保育施設の有無　有（名称　　）　・　無
4　幼稚園、認証保育所等に入所している。	名称　　（　　年　月　日入所）

⑤申請に当たっての同意欄

1　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、第２１条の規定により、施設等利用給付認定の審査並びに申請者及び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を求めることがあります。
2　申請書等に記載した内容は、施設等利用給付認定又は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）に提供することがあります。
3　子ども・子育て支援法第３０条の１１の規定により、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。
4　新年度４月の利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請年月日にかかわらず、子ども・子育て支援法第３０条の５第５項ただし書の規定により、最長で利用開始年月日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。
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　利用開始希望年月日現在で、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、施設等利用給付認定を受けることができません。
以上のことに同意します。

保護者氏名　　保護者氏名

※　自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。

⑥父母の状況（該当する場合のみ）

区　分	母　の　状　況	父　の　状　況
疾病・負傷	病名（　　） 年　月から入院・通院（週　回） 治療予定期間　約　　か月間	病名（　　） 年　月から入院・通院（週　回） 治療予定期間　約　　か月間
障害	障害名（　　） 手帳　有（　手帳　級・　度） ・ 無	障害名（　　） 手帳　有（　手帳　級・　度） ・ 無
介護・看護	氏名・続柄（　　） 年　月から 病名（　　） 自宅・入院中・通院・その他（　） 毎日・週　日 時　分～　時　分	氏名・続柄（　　） 年　月から 病名（　　） 自宅・入院中・通院・その他（　） 毎日・週　日 時　分～　時　分
在学・職業訓練	学校名（　　） 年　月入学　年　月終了予定 受講日　週　日 時　分～　時　分 就学・職業訓練・その他（　）	学校名（　　） 年　月入学　年　月終了予定 受講日　週　日 時　分～　時　分 就学・職業訓練・その他（　）

⑦施設記載欄（施設（事業者）を経由してあきる野市に提出する場合）

受付年月日	年　月　日

施設（事業者）名	（事業所番号：　）
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
入所内定の有無	有（　年　月　日内定）・無
備考	

⑧あきる野市記載欄

受付年月日	年　月　日

施設等利用給付認定の可否	認定番号	認定区分等
可・否　(否とする理由) 年　月　日認定		□１号　□２号 □３号（□非課税）
必要書類		支給（利用）期間
・就労証明書（父・母）・・・・・・・・・（　／　受領済） ・要件に関する証明書（　）・・（　／　受領済）		年　月　日～ 年　月　日
備考		