

# 給付認定申請書兼認定内容確認票

※この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出して下さい。

**【申請にあたっての同意事項】**

- 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。
- 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・事業者提供することがあります。
- 子ども・子育て支援法第30条の1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。
- 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。
- 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、子どものための教育・保育給付（子育てのための施設等利用給付）認定を申請します。

南丹市教育委員会教育長 宛		申請日	令和 年 月 日
申請する 認定区分	<input type="checkbox"/> 法第19条 1号認定	1～3を記入してください。	
	<input type="checkbox"/> 法第30条の4 1号認定		
	<input type="checkbox"/> 法第30条の4 2号認定/3号認定	保育の必要性等の確認するため 1～7を記入してください。	
認定希望日（施設利用開始日）		令和 年 月 日～	

## 1. 申請者（給付認定保護者）

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	署名	個人番号 (マイナンバー)	別紙、「個人番号提供書」に記入してください。
	申請者本人が署名できない場合は、申請者本人が認印を捺印して下さい。	平日、日中の 連絡先	① 母携帯、父携帯、母勤務先、父勤務先、自宅、その他（ ） ② 母携帯、父携帯、母勤務先、父勤務先、自宅、その他（ ）
現住所			続柄 申請子どもから見て
現住所が市外の場合、 市内転入後の住所	南丹市		

## 2. 申請する子ども

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		個人番号 (マイナンバー)	別紙、「個人番号提供書」に記入してください。
現住所	保護者と異なる場合のみ記入		

## 3. 利用(予定含む)する施設

私立幼稚園や国立大学附属幼稚園、特別支援学校幼稚部等を記入して下さい。

フリガナ		所在地	〒 ( - )
施設名			
利用開始 予定日	年 月 日	電話番号	( )
預かり保 育の利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

#### 4. 認定種別

右の当てはまる方の□に、レ点を付けて下さい。	<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日までの間にある(第3号)	左記で第3号に該当し、市民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に該当
------------------------	--	--

#### 5. 保育を必要とする理由 下の当てはまる□に、レ点を付けて下さい。

(子から見た続柄) 父・母・その他	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠、出産 <input type="checkbox"/> 疾病、負傷、障がい <input type="checkbox"/> 介護、看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(子から見た続柄) 父・母・その他	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠、出産 <input type="checkbox"/> 疾病、負傷、障がい <input type="checkbox"/> 介護、看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( )
●認定種別が(第3号)に該当する場合	
認定希望日の 前年1月1日の住所	母親 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ 父親 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の 前々年1月1日の住所	母親 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ 父親 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ

現住所と異なる場合は、記入した住所地の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(課税証明書など)を添付して下さい。

#### 6. 申請子どもの同居者全員を記入して下さい。

保護者(申請者)は1に記入して下さい。 生計の中心者の番号に○を付けて下さい。

番号	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	個人番号(マイナンバー)	身障者手帳 等の有無
1	1. 申請者と同じ					<input type="checkbox"/> 有
2			年 月 日		別紙、「個人番号 提供書」に記入し てください。	<input type="checkbox"/> 有
3			年 月 日			<input type="checkbox"/> 有
4			年 月 日			<input type="checkbox"/> 有
5			年 月 日			<input type="checkbox"/> 有
6			年 月 日			<input type="checkbox"/> 有
7			年 月 日			<input type="checkbox"/> 有

#### 7. 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を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地 電話番号	利用開始 予定日
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動	☎ ( )	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動	☎ ( )	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動	☎ ( )	年 月 日

南丹市処理欄(幼児教育・保育推進課)

本人確認	来庁者	添付書類	受付	入力	審査
① 番・免・					

受付印