

子育てのための施設等利用給付 認定申請書

年 月 日

申請対象となる子ども	性別	生年月日	年齢 ※4月1日時点
フリガナ	男・女	. .	
氏名			
個人番号			

認定区分	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望時点で満3歳以上にある（第1号）
	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、保育の必要性があり認定希望時点で満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、保育の必要性があり認定希望時点で満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）

上記で第3号に該当し、市民税非課税世帯に該当する場合は、右の□にレ点を付けてください。 市民税所得割非課税に該当

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	利用開始予定日
	幼稚園・認定こども園・ 特別支援学校幼稚部・認可外・預かり（在園児） ・一時預かり・病児保育・子育て援助活動	年 月 日

※父母以外の個人番号（マイナンバー）は、上記「認定区分」が（第3号）に該当する場合のみ記入してください。

（別世帯の同居人を含む。）	氏名	続柄	性別	生年月日	年齢 ※4月1日時点	職業・勤務先・園名・学校名等 （小学生は4月時点の学年を記入）	居住場所
	フリガナ	父	男	. .			
氏名							
個人番号	母	女	. .				同・別
フリガナ							
氏名		男・女	. .				同・別
個人番号							
フリガナ		男・女	. .				同・別
氏名							
個人番号		男・女	. .				同・別
フリガナ							
氏名		男・女	. .				同・別
個人番号							
フリガナ		男・女	. .				同・別
氏名							
個人番号		男・女	. .				同・別
フリガナ							
氏名		男・女	. .				同・別
個人番号							

【番号法第16条に係る本人確認書類】 番号確認書類： 個人番号カード 個人番号通知カード 個人番号付き住民票 その他（ ）
 ※受付担当者が記入すること。 身元確認書類： 個人番号カード 運転免許証 障害者手帳 その他 ① ②（ ）
 ※申請者以外の世帯員に係る本人確認は不要

裏面も記入してください⇒

1月1日の住所	年	<input type="checkbox"/> 下関市内	<input type="checkbox"/> 下関市外 (市・区・町・村)
	年	<input type="checkbox"/> 下関市内	<input type="checkbox"/> 下関市外 (市・区・町・村)

(宛先) 下 関 市 長

【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、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その他施設における給食費の徴収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。
 - 施設等利用費は、市区町村が認めた場合は、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。
 - 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項の規定により、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号ハに規定する事業(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、次のとおり、子育てのための施設等利用給付に係る認定を申請します。

【申請者】 〒 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 下関市 _____

(フリガナ)

氏 名 _____

【連絡先】※優先順に記載すること。

- ① _____ (自宅 父 母 その他 [_____])
- ② _____ (自宅 父 母 その他 [_____])
- ③ _____ (自宅 父 母 その他 [_____])

※第2号・第3号認定を申請する場合は、以下の項目に記入し保育を必要とする理由を証する書類を添付してください。

保育の利用を必要とする理由			
父		母	
<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産
<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 介護等
<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動
<input type="checkbox"/> その他 (_____)		<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他 (_____)

※以下は職員記入欄です。

	収受印
	施設・母・父・その他(_____)