

子育てのための施設等利用給付認定申請書 (法第30条の4 第2号・第3号)

豊能町教育委員会教育長 様

子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づき、下記留意事項に同意の上、施設等利用給付に係る認定を申請します。

保護者	住所	豊能町					
	フリガナ						
	氏名	父	Ⓜ		母	Ⓜ	
	生年月日	年 月 日			年 月 日		
	連絡先	自宅	父携帯		母携帯		
申請子ども	フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名			生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	認定希望期間(施設の開始(希望)日) ※始期が未定の場合は申請日の翌月1日		年 月 日から(年 月 日)・ <input type="checkbox"/> 就学前)まで				
認定区分	<input type="checkbox"/> 新2号認定(認定希望日時時点で満3歳に達する日後の最初の3月31日を経過している)						
	<input type="checkbox"/> 新3号認定(認定希望日時時点で満3歳に達する日後の最初の3月31日までの間にある) ⇒ 町民税非課税世帯に、 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない又は不明 ※課税状況を確認の上 判断されます。						
保育の必要な事由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()					
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他()					

◆父母及び申請子ども以外で同居する者

フリガナ氏名	申請子どもとの続柄	生年月日	性別	就労・通学・通園先	備考
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
世帯の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯			

◆幼稚園・認定こども園(1号)等を利用している(予定を含む)場合

利用(予定)施設名称	施設情報	利用開始(予定)日
	〒 住所 ー 電話	年 月 日

◆認可外施設、一時預かり事業等を利用している(予定含む)場合

利用(予定)施設名称	事業・施設の種類	施設情報	利用開始(予定)日
	<input type="checkbox"/> 認可外・ <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病床保育・ <input type="checkbox"/> 子育て援助活動	〒 住所 ー 電話	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外・ <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病床保育・ <input type="checkbox"/> 子育て援助活動	〒 住所 ー 電話	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外・ <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病床保育・ <input type="checkbox"/> 子育て援助活動	〒 住所 ー 電話	年 月 日

※認可外保育を利用し、認可施設の利用申込みを行っていない場合、その理由を記載してください。

保育内容、預かり時間、地理的条件等が認可施設よりも合っているため その他()

※申請時に住民票が豊能町にない方・認定希望日の前年1月2日以降に豊能町に転入された方のみ記載してください。

個人番号	父	〒 住所	母	〒 住所
認定希望日の前年1月1日の住所	父	〒 住所	母	〒 住所

◆留意事項

記載した内容については、施設等利用給付、給食費の徴収、公的機関からの照会、記載事項の基礎となる情報の確認等について必要な場合に、官公庁、施設、事業者等に情報提供及び照会を行うことがあります。