

教育・保育給付認定変更申請書(1号認定用)
兼施設等利用給付認定申請書(2号・3号認定用)

令和6年度

年 月 日

申請者氏名 (連名記入)	父
	母

習志野市長 宛て

【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あたって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供をすること。

2.申請書等に記載した内容を、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・事業者を提供すること。

3.子ども・子育て支援法第30条の11第3項の規定に基づき、施設等利用費が、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ること。

4.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されることがあること。

5.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)の利用がないこと。

6.令和6年4月の給付認定申請を令和5年12月末日までに行った際の給付認定通知と支給認定証の交付について、給付認定申請が集中し、給付認定の確認事務に時間を要することから、申請後30日を超えて通知及び交付される場合があり、この場合の通知及び交付は令和6年3月末日までになされること。

以上のことに同意し、保護者の就労、疾病その他の理由により、幼稚園・認定こども園や特別支援学校の預かり保育等(預かり保育事業も利用する。(※1))を利用するために施設等利用給付の認定を希望するので、次のとおり子ども・子育て支援法第23条第1項の規定に基づく教育・保育給付に係る認定区分の変更及び同法第30条の5第1項の規定に基づく施設等利用給付の認定を申請します。

※1. 預かり保育事業とは、当該幼稚園等が実施する預かり保育事業が、「①平日、教育時間を含み提供時間数が8時間未満」または「②年間開所日数200日未満」のいずれかの要件に該当する場合に利用可能な認可外保育施設を含みます。

申請に係る 小学校就学前 子ども	(フリガナ) 氏名		性別	保護者との 続柄	障害者手帳の 有無	
					有・無	
	生年月日 (子ども)	□平成 □令和 ※該当するものに☑	年	月	日	
個人番号 (子ども)						
給付認定 保護者	(フリガナ) 氏名	電話 番号		□自宅: () □父: () □母: () ↑優先の連絡先に☑をしてください。		
	生年月日 (保護者)	□昭和 □平成 ※該当するものに☑	年	月	日	
	個人番号 (保護者)					
※記載のある保護者 に通知を送ります。 ※すでに給付認定を 行ったことがある方 は、原則、従前の保護 者宛となります。	住 所	〒 - 習志野市				
	R6. 1. 1時点の居住地 ※上記住所と異なる場合のみ	父:				
		母:				
	R5. 1. 1時点の居住地 ※上記住所と異なる場合のみ	父:				
		母:				
現状の 認定種別	現在認定されている教育・保育給付の支給認定番号を記入してください。 ※不明の場合は、記入しないでください。					
	認定種別	認定番号	認定種別	認定番号		
	2号認定		3号認定			

※裏面も記入してください。

(表面)

【市記載欄】

施設コード					
認定区分	○	1号認定	2号認定	3号認定	新1号認定
					新2号認定
					新3号認定
処理者		認定期間	年 月 日	~	小学校就学前 / 年 月 日

① 世帯の状況(申請児童を除き、同居者全員を記入してください。 ※単身赴任等含む)

区分	(フリガナ) 氏名	児童との 続柄	生年月日 個人番号(保護者のみ記載)	職業、学校名、 単身赴任等	障害者手帳の 有無
申請児童の世帯員		父	年 月 日生		有・無
			個人番号:		
		母	年 月 日生		有・無
			個人番号:		
			年 月 日生		有・無
			年 月 日生		有・無

家庭の状況 ひとり親家庭 左記以外 生活保護の適用の有無 適用なし 適用あり (年 月 日保護開始)

② 保育を必要とする理由

保育を必要とする理由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業(継続入所) <input type="checkbox"/> その他()
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業(継続入所) <input type="checkbox"/> その他()

③ 利用する(予定含む。)幼稚園・認定こども園・特別支援学校を記入してください。

フリガナ	所在地
施設名	利用開始希望日 (認定希望日) 年 月 日

④ 上記の幼稚園等のほか、認可外保育施設、一時預かり事業(一時保育)、病児保育事業、子育て援助活動支援事業(ファミリー・サポート・センター)を利用する(予定含む。)方は記入してください。(預かり保育事業のほか、表面※1に該当する場合に利用が可能です。)

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始希望日 (認定希望日)
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL ()	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL ()	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL ()	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL ()	年 月 日

(裏面)