

子育てのための施設等利用給付認定申請書

菊陽町長 様

- 【申請に当たって同意していただく事項】
1. 認定の審査及び申請者や生計を一にする者の市町村住民税課税状況等の確認に当たって、提出された資料の提供元や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・事業者へ提供することがあります。
 3. 施設等利用費は、保護者に代わり、利用する施設・事業者が受領する場合があります。
 4. 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、申請後30日以内に審査結果の通知ができない場合があります。
 5. 申請内容に変更があった場合は、速やかに内容の変更を町に届け出る必要があります。
 6. 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。
 7. 認定希望日現在で、企業主導型保育事業を利用している場合は、本認定の申請はできません。

上記、同意事項に同意の上、次のとおり必要書類を添えて、子どものための施設等利用給付認定の申請いたします。

		認定希望日（施設利用開始日）		年 月 日	
保護者	フリガナ	きくよう たろう		居住地	〒 869 - 1192 菊陽町大字久保田2800番地
	氏名	菊陽 太郎		現住所が町外の場合 町内転入後の住所	〒 ※転入予定の場合は記入
	日中の連絡先（電話番号）* 確実に連絡の取れる順に記入して下さい。		生年月日	年 月 日	
① 090-※※※※※※※※※※		父携帯・父勤務先 母携帯・母勤務先 自宅・その他（ ）	② 090-※※※※※※※※※※	父携帯・父勤務先 母携帯・母勤務先 自宅・その他（ ）	個人番号 (マイナンバー)
				001122334455	
子ども申請	フリガナ	きくよう わしろう		現住所	〒 -
	氏名	菊陽 無償		申請者と異なる 場合のみ記載	
		生年月日		年 月 日	
				112233445566	
保育希望の有無	<input type="checkbox"/> 保育希望無し（1号認定）		主に幼稚園等の教育部分のみを利用し、無償化の他の施設・サービスを利用しない場合		
	<input checked="" type="checkbox"/> 保育希望あり（2号・3号認定）		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□にシ点を付けて下さい。		
		※下記保育を必要とする事由もご記入下さい		市民税所得割非課税に該当	
保育を必要とする理由	該当する□にシ点を付けて下さい。				
	（子から見た続柄） 父・母・その他（ ）	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 疾病 障害等	<input type="checkbox"/> 介護 看護
		<input type="checkbox"/> 災害 復旧	<input type="checkbox"/> 求職 活動等	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他（ ）
		<input type="checkbox"/> 就職	<input type="checkbox"/> 災害 復旧	<input type="checkbox"/> 求職 活動等	<input type="checkbox"/> その他（ ）

※3号の方で該当しない場合は無償化の対象外となります。

※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。
※認定種別が第3号に該当する場合に記入してください。（2号）該当の場合は、記入不要です。

認定希望日の前年1月1日現在の住所※2	(母親) <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親) <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の前々年1月1日現在の住所※3	(母親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ
熊本市〇区		熊本市〇区

※2,3. 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住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。

同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、認定種別が第3号に該当する場合に、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	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 又は単身赴任先	要介護認定又は障害者手帳
	1	きくよう たろう	菊陽 太郎	父	個人番号 001122334455 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	株式会社〇〇
2	きくよう はなこ	菊陽 花子	母	個人番号 665544332211 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	有限会社〇〇	<input type="checkbox"/> 有
3	きくよう きょういく	菊陽 教育	祖父	個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	株式会社〇〇	<input type="checkbox"/> 有
4				個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5	※生計の中心者については、父母がともに市民税非課税であり、同居者の収入により生計を維持している場合に、その同居者の氏名等を記入してください。					<input type="checkbox"/> 有
6				個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7				個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚園部を利用する(予定含む)方は記入して下さい。 ※利用しない場合、記入不要です。

フリガナ	所在地	〒 - ()
施設名	利用開始予定日	年 月 日

<必ず裏面も記入して下さい>

