

※申請者の方へ この書類を施設に提出する場合は、添付書類を同封のうえ封入し封筒に氏名を記入して提出してください。

認定番号



### 子育てのための施設等利用給付認定申請書

熊本市長 様

- 【申請にあたって同意いただく事項】
- 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11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。
  - 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、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・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づき、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

※ 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。

申込日 令和 年 月 日

申請者

申込児童から  
みた続柄

1 申込児童に関する情報											
フリガナ					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	H・R	年 月 日		
氏名							認定希望日時点のクラス		歳児クラス		
2 利用（予定）施設・認定区分及び期間											
施設名					認定希望日（利用開始日）		R	年 月 日			
					利用開始（予定）日		H・R	年 月 日			
施設所在地	〒 - TEL				利用するサービスの種類	<input type="checkbox"/> 幼稚園、認定こども園（幼稚園部分）、国立大附属幼稚園 <input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚部 <input type="checkbox"/> 預かり保育事業 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児・病後児保育事業 <input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業					
施設等利用給付認定種別	認定区分	要件			無償化（利用給付）の対象			記入箇所			
	<input type="checkbox"/> 法第30条の4第1号（新1号）	申込児童が認定希望開始日時点で満3歳に達している			私学助成幼稚園、国立大学付属幼稚園（預かり保育事業の利用料は保護者負担）			裏面の4世帯の状況まで記入してください。			
	<input type="checkbox"/> 法第30条の4第2号（新2号）	保育の必要性があり、申込児童が認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している			幼稚園、預かり保育事業、認可外保育施設、一時預かり事業、病児・病後児保育事業、ファミリー・サポート・センター事業を利用する場合			保育の必要性を確認するため両面すべて記入してください。			
<input type="checkbox"/> 法第30条の4第3号（新3号）	市町村民税非課税世帯かつ保育の必要性があり、申込児童が認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある										
3 世帯員の状況											
(1) 保護者の状況 ※年齢は、認定希望日の年度当初（4月1日時点）の年齢を記入してください。											
父	フリガナ					住所	(現住所) 〒 -				
	氏名						電話番号				
	生年月日	S・H	年 月 日	年齢	歳		認定希望日の前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 熊本市内 <input type="checkbox"/> 市外 (市区町村)			
							認定希望日の当年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 熊本市内 <input type="checkbox"/> 市外 (市区町村)			
母	フリガナ					住所	(現住所) 〒 -				
	氏名						電話番号				
	生年月日	S・H	年 月 日	年齢	歳		認定希望日の前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 熊本市内 <input type="checkbox"/> 市外 (市区町村)			
							認定希望日の当年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 熊本市内 <input type="checkbox"/> 市外 (市区町村)			
(2) 同居の家族・同居人及び生計を同一にする家族 ※申込児童および保護者を除く。※年齢は、認定希望日の年度当初（4月1日時点）の年齢を記入してください。											
申込児童からみた続柄	(フリガナ) 氏名	生年月日 年齢		同居別居	職業・学年	就学・通園・就労等の名称					
	(フリガナ)	年 月 日 歳		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居							
	(フリガナ)	年 月 日 歳		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居							
	(フリガナ)	年 月 日 歳		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居							
	(フリガナ)	年 月 日 歳		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居							
(3) 個人番号（マイナンバー）											
申込児童											
					父						
										母	

<必ず裏面も記入してください。>

4世帯の状況 ※該当する場合に記入してください。				
(1)生活保護	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 受給中	担当 区保護課 氏名	㊤ ※担当CWの記名・押印が必要です。
(2)ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 離婚前提別居 事実発生日(戸籍の届出日等) : 年 月 日		児童扶養手当受給	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
(3)障害者手帳等 ※申込児童、兄弟姉妹、同居世帯員を含む。	手帳を所持(申請)されている方の氏名		申込児童からみた続柄	手帳の種類 ※写しをご提出ください。
	<input type="checkbox"/> 申請中			<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金
				等級

新2号、新3号認定を申請する場合は記入してください。(※新1号認定を申請する場合は記入不要です。)

5 保育を必要とする事由等			
事由	必要書類	父	母
就労	(お勤めの方) <input type="checkbox"/> 就労証明書 (育児休業中の方) <input type="checkbox"/> 就労証明書 <input type="checkbox"/> 施設発行の在園証明書 (自営業・農業・内職の方) <input type="checkbox"/> 就労証明書 <input type="checkbox"/> 就労状況が確認できる書類 [確定申告書の写(第一表、第二表) 他] (就労予定の方) <input type="checkbox"/> 就労(予定)証明書	<input type="checkbox"/> 居宅外勤務 <input type="checkbox"/> 単身赴任中 <input type="checkbox"/> 育児休業取得中 復帰予定日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 自営職 仕事内容 ( ) <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 内職 仕事内容 ( ) <input type="checkbox"/> 就労予定 就労開始(予定)日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 居宅外勤務 <input type="checkbox"/> 単身赴任中 <input type="checkbox"/> 育児休業取得中 復帰予定日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 自営職 仕事内容 ( ) <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 内職 仕事内容 ( ) <input type="checkbox"/> 就労予定 就労開始(予定)日: 年 月 日
妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 親子健康手帳 (母子手帳)の写し ※母氏名と出産(予定)日 が確認できるページ	出産後の予定 <input type="checkbox"/> 育児休業取得(予定) 取得期間: 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 就労復帰(予定) 就労復帰(予定)日: 年 月 日	出産(予定)日( 年 月 日) 出産後の予定 <input type="checkbox"/> 育児休業取得(予定) 取得期間: 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 就労復帰(予定) 就労復帰(予定)日: 年 月 日
疾病	<input type="checkbox"/> 診断書(原本) ※療育期間と保育ができない旨 の記載があること。	<input type="checkbox"/> 入院中: 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 自宅療養・通院中	<input type="checkbox"/> 入院中: 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 自宅療養・通院中
障がい	<input type="checkbox"/> 障害者手帳等の写し	手帳の種類・等級: 手帳 級	手帳の種類・等級: 手帳 級
介護 看護	<input type="checkbox"/> 介護・看護申立書 <input type="checkbox"/> (要介護3以上の場合) 介護保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> (それ以外) 診断書(原本)	被介護(看護)者氏名: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 介護(看護)の頻度: 週 回 / 要介護度: 手帳の種類・等級: 手帳 級	被介護(看護)者氏名: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 介護(看護)の頻度: 週 回 / 要介護度: 手帳の種類・等級: 手帳 級
災害 復旧	<input type="checkbox"/> り災証明書 <input type="checkbox"/> 復旧に要する時間が分かるもの	復旧期間: 年 月 日から 年 月 日まで ※個別に状況を確認させていただきます。	復旧期間: 年 月 日から 年 月 日まで ※個別に状況を確認させていただきます。
求職 活動	<input type="checkbox"/> 求職活動・起業準備状況申立書	<input type="checkbox"/> ハローワーク等を利用 <input type="checkbox"/> 求人情報誌等を利用 <input type="checkbox"/> 起業準備中	<input type="checkbox"/> ハローワーク等を利用 <input type="checkbox"/> 求人情報誌等を利用 <input type="checkbox"/> 起業準備中
就学	<input type="checkbox"/> 在学証明書 (合格通知書等) <input type="checkbox"/> カリキュラム (時間割等)	学校名: 就学期間: 年 月 日から 年 月 日まで	学校名: 就学期間: 年 月 日から 年 月 日まで
虐待 DV		状況により必要な書類が異なりますので、各区役所保健子ども課または熊本市保育幼稚園課へご相談ください。	

(最終改定: 令和3年度)