

給付認定申請書

(宛先) 座間市長

【申請にあたって同意いただく事項】

1. 市が給付認定及び副食費免除決定等に必要な市区町村民税の情報（同一世帯者及び生計同一者を含む。）及び世帯構成情報等について閲覧すること。
2. 決定した認定及び免除について、利用施設に提示すること。
3. 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等必要と認められる場合に、施設・事業者提供すること。
4. 子ども・子育て支援法第30条の1第3項の規定に基づき、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ること。
5. 認定事務が集中し、審査に時間を要する場合、認定までに30日を超えることがあること。
6. 虚偽の記載等がある場合、支給認定を取り消す場合があること。
7. 親権者双方（複数の場合）合意の上、提出すること。

以上のことに同意し、子どものための教育・保育給付(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。

				申請日	年	月	日
申請子ども	フリガナ		施設名	性別	クラス		
	氏名						
	生年月日	年 月 日	施設利用開始日				
				<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 4歳	<input type="checkbox"/> 5歳	
保護者	フリガナ		申請子どもとの続柄	日中の連絡先(電話番号) ※複数記入可			
	氏名			父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()			
現住所	〒 -						
令和4年1月1日現在の住所	母親	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		父親	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		
令和5年1月1日現在の住所	母親	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		父親	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		

住民票上の世帯分離者や単身赴任等による別居者を含む、申請子どもの保護者、同居者を記入してください。

※個人番号は、令和4年1月1日時点で座間市に住民票がない方のみ記入してください。

(生計中心申請子どもの番号に○保護者及び同居者)	フリガナ	続柄	生年月日	就労先または単身赴任先/ 在学・在園名および 令和5年4月1日時点の学年	
	氏名				
1			個人番号 年 月 日		
2			個人番号 年 月 日		
3			個人番号 年 月 日		
4			個人番号 年 月 日		
5			個人番号 年 月 日		
6			個人番号 年 月 日		
7			個人番号 年 月 日		
ひとり親の場合※	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚協議中			生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中

※ひとり親家庭は別途添付書類が必要です。詳細はパンフレット4ページを参照

保育を必要とする要件があり、預かり保育 または
認可外保育施設等を利用する（予定含む）世帯は、裏面も記入してください

◆ 以下新2号認定・新3号認定希望者記入欄

1. 該当する箇所を記入し、保育の必要性を証明する書類を添付してください。

保育を必要とする理由	母親の状況	父親の状況
ひと月64時間以上の就労	<input type="checkbox"/> 家庭外就労 [勤務先名:] <input type="checkbox"/> 自営業 [<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者] <input type="checkbox"/> 内職	<input type="checkbox"/> 家庭外就労 [勤務先名:] <input type="checkbox"/> 自営業 [<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者] <input type="checkbox"/> 内職
妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [出産予定日:]	
傷病・障がい	傷病/障がい名: 手帳の交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病/障がい名: 手帳の交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
介護・看護	被介護者名:	被介護者名:
	傷病/障がい名:	傷病/障がい名:
	申請子どもとの続柄:	申請子どもとの続柄:
	受診等の状況 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院/通所 (週 回) 手帳の交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	受診等の状況 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院/通所 (週 回) 手帳の交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
災害復旧	災害の状況:	災害の状況:
求職活動	活動の内容:	活動の内容:
就学	就学先名:	就学先名:
	所在地:	所在地:
	就学期間: 年 月 日から 年 月 日まで	就学期間: 年 月 日から 年 月 日まで
その他	保育を行うことが困難と認められる内容	保育を行うことが困難と認められる内容

2. 幼稚園の預かり保育を利用する世帯は記入してください。

幼稚園の預かり保育利用開始(予定)日	年 月 日
--------------------	-------

3. 認可外保育施設等、一時預かり事業を利用する世帯は記入してください。

施設名	利用施設の種類	所在地	利用開始(予定)日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター事業 <input type="checkbox"/> その他()	市区町村	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター事業 <input type="checkbox"/> その他()	市区町村	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター事業 <input type="checkbox"/> その他()	市区町村	年 月 日

記入欄は以上です

保育の必要性を証明する書類

※詳細はパンフレット4ページを参照

要件	提出書類	
家庭外就労	ひと月に64時間以上の就労	就労証明書
家庭内就労	ひと月に64時間以上の就労	就労証明書及び個人事業開始届や営業許可証の写し
妊娠・出産	産前6週から産後8週が属する月であり、出産の準備又は休養を要する期間	母子手帳の表紙及び出産予定日が記載されているページの写し
傷病・障がい	負傷または病気、身体・精神に障害がある場合	保育の必要性とその期間の記載がある医師の診断書 等
親族の介護	長期にわたり傷病・障がいのある親族の介護をする場合	医師の診断書等及び介護のスケジュールを記したもの
災害復旧	火災・風水害・地震などの災害により、その復旧に当たる場合	罹災証明書
求職活動	要件を満たす就労をするための活動を行い、外出することが常態となっている場合	期間限定誓約書
就学	学校教育法に基づく学校、専門学校、職業訓練校への就学	学生証または在籍証明書及び時間割等スケジュールを記したもの

※添付に不足がある場合は認定できませんのでご注意ください。