

申請者の方へ この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出して下さい。

年 月 日

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書（兼現況届）（法第30条の4第2号・第3号）

（宛先） 沖縄市長

【申請にあたって同意いただく事項】

本申請が提出された時点で、下記に同意したものとみなします。

- 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及び認定の可否は、施設等利用給付認定や施設等利用給付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・事業者者に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第3項の規定に基づき、施設等利用給付費は、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。
- 新年度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。
- 申請子ども本人またはそのきょうだい児の教育・保育給付申請時に提出した書類を、施設等利用給付認定申請等に使用することがあります。

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・特別支援学校（預かり保育事業も利用する（※1））、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業の施設等利用給付認定を希望するので、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。

- ※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。

				認定希望日（施設利用開始日）		令和	年	月	日				
（保護者等） 申請者	フリガナ		申請子どもとの続柄	現住所	〒								
	氏名			現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒								
	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。												
①	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）			②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）								
子ども申請	フリガナ		現住所 申請者と異なる場合のみ記載	〒					生年月日	平成 令和	年	月	日
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日の属する年度の4月1日時点において満3歳に達している（第2号） <input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日の属する年度の4月1日時点において満3歳に達していない(第3号)								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□にレ点を付けて下さい。				
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。 (子から見た続柄) 父・母・その他 () <input 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 () (子から見た続柄) 父・母・その他 () <input 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 ()												

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

認定希望日の 当年1月1日現在の住所 ※2	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の 前年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

※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当年(前年)1月1日を賦課年度とする市町村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。

○他市町村から転入された方にお伺いします。

・以前の住所地でも無償化の認定を受けていましたか。

①はい (前住所地の市町村名：)
(利用施設名：)

②いいえ

<必ず裏面も記入して下さい>

同居者を全員記入して下さい。

（生計の中心者の番号に○を付けて下さい） 申請子どもの保護者及び同居者	フリガナ 氏名	申請子ども との続柄	生年月日			単身赴任の場合は その住所	要介護認定 又は障害者手帳	
	1			大正 平成	昭和 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	2			大正 平成	昭和 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	3			大正 平成	昭和 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	4			大正 平成	昭和 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	5			大正 平成	昭和 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	6			大正 平成	昭和 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	7			大正 平成	昭和 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ		所在地	〒	—	番	()
施設名		利用開始予定日		年	月	日

認可外保育施設、一時預かり事業、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・センター事業)を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始予定日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 電話：	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 電話：	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 電話：	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 電話：	年 月 日

※保育所・認定こども園に入所申込をせず、認可外保育施設を利用(予定含む)する場合記入してください。

保育所等の利用申込を行わなかった理由	
--------------------	--

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

※状況によりその他にも提出が必要な書類がある場合があります。詳しくは市ホームページをご覧ください。

1 就労(勤務又は就職内定) 【月64時間以上の就労が必要】	就労証明書(就労内定の場合はその証明を受けて下さい)【市指定様式】
自営業、農業・畜産業、漁業 【月64時間以上の就労が必要】	①自営業/農業・畜産業/漁業 申立書【市指定様式】、②営業収入が記載されている申告書の写し③開業届又は営業許可証 または 商工会議所や組合等による証明書
2 出産前後の方(出産前8週間・後8週間に限る)	親子健康手帳(母子手帳)の氏名と出産予定日が記載されているページの写し
3 保護者が学校等に在学中の方	①在学証明書【市指定様式】 ②時間割等の写し
4 保護者が病気の方	診断書(保護者用)【市指定様式】
5 保護者が障がいをお持ちの方	障がいによる手帳等の交付を受けている方…身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し 交付を受けていない方…診断書(保護者用)【市指定様式】
6 保護者が介護・看護している方	①看護・介護申立書【市指定様式】 ②診断書(看護・介護用)【市指定様式】
7 保護者が求職中の方	求職活動状況申立書【市指定様式】
8 育児休業の方	育児休業証明書【市指定様式】
9 災害復旧等	り災証明書【市指定様式】