

令和2年度 子育てのための施設等利用給付認定申請書兼現況届

(あて先) 白山市長

次のとおり、施設等利用給付認定を申請します。

(黒のペンまたはボールペンではっきりと記入してください。消せるボールペンは使用しないでください。)

フリガナ			自宅	()	—
保護者氏名	印	携帯(父)		—	—
		携帯(母)		—	—
現住所	〒	—	□ 令和 年 月頃転入予定		
	白山市	町	転入前住所		
		丁目	番地	()	
平成31年1月1日の住所地	父: □白山市内 □白山市外(市区町村名)		母: □白山市内 □白山市外(市区町村名)		
令和2年1月1日の住所地	父: □白山市内 □白山市外(市区町村名)		母: □白山市内 □白山市外(市区町村名)		
世帯状況	□ひとり親世帯		□未婚 □離婚(年 月 日) □死別(年 月 日) □別居(年 月 日)		
	□生活保護世帯		年 月 日保護開始		
	□上記に該当しない				

フリガナ	生年月日	年齢 (R2.4.1現在)	施設名
申請児童名	平成・令和 年 月 日	歳	
個人番号 (マイナンバー)	認定希望日 (施設利用開始日)	令和 年 月 日	
認定区分	□幼稚園等の教育時間の無償化のみ希望する。(預かり保育の無償化は希望しない)		新1号
	□ <u>保育の必要性があり</u> 、幼稚園、認定こども園の預かり保育事業や、認可外保育施設等を利用する。		
	□令和2年4月1日時点で <u>満3歳以上</u> である。		新2号
□令和2年4月1日時点で <u>満3歳未満</u> であり、 <u>市町村民税非課税世帯</u> に該当する。		新3号	

⇒新2号・新3号認定を申請する場合は、必ず裏面も記入し、必要書類を添付してください。

世帯の状況(別居の保護者を含む。)および個人情報の提供に当たっての署名欄

下記の者は、白山市が施設等利用給付認定の判定及び幼稚園等を利用する場合における副食費徴収免除対象者の把握のために必要な税関係情報の記録及び住民記録を閲覧し、その情報に基づき決定した事項について、特定子ども・子育て支援施設等に対して提示することに同意します。

児童の世帯員(申請児童を除く)	氏名	児童との続柄	生年月日	勤務先または学校名	個人番号(マイナンバー)
		父	S H . .		
		母	S H . .		
			S R H . .		
			S R H . .		
			S R H . .		
			S R H . .		

施設等利用給付認定（新2号・新3号）に必要な保育要件の確認

保育を必要とする理由	施設等利用給付認定の新2号・新3号を希望される方は該当する□にレ点を付けて下さい。							
	(子から見た続柄) 父	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病障害	<input type="checkbox"/> 介護看護	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他 ()
(子から見た続柄) 母	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠出産	<input type="checkbox"/> 疾病障害	<input type="checkbox"/> 介護看護	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他 ()

就労以外で保育を必要とする状況について

(該当する箇所記入してください。就労の方は別紙「勤務証明書」を提出してください。)

□妊娠・出産	出産予定日	年 月 日	
	母子手帳の表紙及び分娩予定日のページの写しを添付してください。 認定期間は最大で産後8週の月末までです。		
□疾病・障害	(病名・診断名等)		
	状況	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 通院(週平均 回) <input type="checkbox"/> 自宅療養
	入院の期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
次のいずれかの証明書を添付してください。 1.診断書 2.身体障害者手帳の写し 3.療育手帳の写し 4.精神障害者保健手帳の写し			
□介護・看護	介護・看護を要する方の氏名 ()		児童との続柄 ()
	病名・障害名・介護度等		
	介護内容	<input type="checkbox"/> 入院付添	<input type="checkbox"/> 通院付添(週 回) <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 自宅介護(介護内容)	
次のいずれかの証明書を添付してください。 1.診断書 2.身体障害者手帳の写し 3.療育手帳の写し 4.精神障害者保健手帳の写し 5.介護保険証の写し			
□求職活動	求職活動年月日	年 月 日から(予定を含む)	
	希望勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他 ()
	希望勤務地	<input type="checkbox"/> 白山市内	<input type="checkbox"/> 野々市市内 <input type="checkbox"/> 金沢市内 <input type="checkbox"/> その他 ()
	希望勤務日数	週平均 日	
求職中の申立書を添付して下さい。 ※認定開始日から3ヵ月以内に勤務証明書が提出されない場合は、新2号・新3号認定は取り消しとなります。			
□就学	学校名		
	在学期間	年 月 日~ 年 月 日	
	就学日数	週 日	就学時間 時 分 ~ 時 分
学校の場合は「在学証明書」およびカリキュラムの分かるもの、職業訓練の場合は「訓練内容を確認できる書類」を添付してください。			
□その他	保育を行うことが困難と認められる内容		

〈市記載欄〉

受付年月日	年 月 日	認定証番号	
認定日	年 月 日	認定区分	1号 2号 3号
認定理由	就労・妊娠出産・疾病障害・介護等・災害復旧・求職活動・就学・その他 ()		