

子育てのための施設等利用給付認定申請書
(兼)副食費実費徴収に係る補足給付事業給付費給付申請書

呉市長様

次の事項に同意のうえ、子育てのための施設等利用給付に係る認定及び副食費徴収免除の対象認定保護者となった場合の副食費実費徴収に係る補足給付事業給付費の給付を申請します。

- 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条の規定に基づく施設等利用給付認定及び呉市副食費実費徴収に係る補足給付事業実施要綱に基づく副食費補足給付の審査並びに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られることがあります。
- 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又は副食費の施設による徴収に係る補足給付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。
- 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。
- 呉市副食費実費徴収に係る補足給付事業実施要綱第7条の規定に基づき、副食費実費徴収額は、副食費徴収免除通知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、最長で利用開始の前日まで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又は副食費徴収免除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。

申請日 令和 年 月 日

申込者名
(保護者・納付義務者)

児童との続柄

()

〒

住所 呉市

①利用施設名 (利用予定含む)		②認定希望日 (施設等利用開始日)		年	月	日	
③ 児童	フリガナ	児童の 生年月日	年	月	日	クラス年齢 (R7.4.1時点)	歳
	氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	現住所	〒 <input type="checkbox"/> 保護者・納付者と同じ			
マイナンバー							
④ 連絡先	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ください。						
	(1)	(父・母・)	(2)	(父・母・)			
⑤ 認定 種別	<input type="checkbox"/> 新1号	下欄⑥に掲げる保育を必要とする理由がなく、幼稚園を利用する児童					
	<input type="checkbox"/> 新2号	下欄⑥に掲げる保育を必要とする理由があり、申請年度4月1日時点で年少、年中、年長クラスの児童					
	<input type="checkbox"/> 新3号	下欄⑥に掲げる保育を必要とする理由があり、申請年度4月1日時点で0、1、2歳児クラスの児童 又は、認定希望日時点で満3歳に達する児童で、 市民税非課税世帯に該当					
⑥ 保育を 必要と する 理由	続柄欄には該当する□にレ点を、理由欄には該当する番号を記入してください。						
	児童との 続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 ()	理由	1. 就労 2. 妊娠・出産 3. 疾病・障がい等 4. 介護・看護 5. 災害復旧 6. 求職活動 7. 就学中 8. DV 9. 育児休業中 10. その他 ()				
児童との 続柄 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 ()	理由						
⑦認定希望月の前年1月1日及び本年1月1日の住所が呉市外である場合は記入してください。							
令和7年1月1日 現在の住所	申請 保護者	<input type="checkbox"/> 呉市内に居住	申請 保護者の 配偶者	<input type="checkbox"/> 呉市内に居住			
令和6年1月1日 現在の住所	申請 保護者	<input type="checkbox"/> 呉市内に居住	申請 保護者の 配偶者	<input type="checkbox"/> 呉市内に居住			

※ ⑦を記入された方は、記入した住所地の市町村で発行される本年(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(所得課税証明書を添付してください。

<必ず裏面も確認してください>

⑧ 申請児童以外の保護者及び同居者（全員）の状況	フリガナ	児童との続柄	生年月日			就労・通学・通園先 マイナンバー	要介護認定又は障害者手帳
	氏名		年	月	日		
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

⑨ 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を利用する(予定含む)方は記入してください。
 ※ 申請書の「①利用施設名」欄に記入した施設が十分な水準の預かり保育を実施している場合、下記の施設・事業の利用料は無償化の対象とならないことがあります。

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地(市区町村)	利用開始(予定)日
	認可外保育施設 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	TEL	年 月 日
	認可外保育施設 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	TEL	年 月 日

⑩ 世帯の状況
 (該当するものにチェックを入れてください。チェックを入れられた場合、手帳・証明書等の写し(コピー)を提出してください。)

<input type="checkbox"/> 障がいのある人がいる世帯 →	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳 療育手帳 ・ 特別児童扶養手当証書	} いずれかの写し
<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 →	ひとり親家庭医療受給者証 保護者がひとり親であることがわかる戸籍謄本 児童扶養手当証書	
<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 →	生活保護受給証明書の写し	
<input type="checkbox"/> その他 ()		

----- 【ここからは市が記入】 -----

市受付	審査	入力	点検	認定証