

施設等利用給付認定申請書

年 月 日
 豊後高田市子育て支援課長 様 保護者氏名 _____

次のとおり、施設等利用給付認定について下記確認事項に同意の上申請します。

入所(申込)児童	氏名(ふりがな)	性別	生年月日(年齢)	施設等利用給付認定希望年月日	個人番号(マイナンバー)																
	()	男・女	年 月 日生 (4月1日時点年齢) 歳																		
	()	男・女	年 月 日生 (4月1日時点年齢) 歳																		
	()	男・女	年 月 日生 (4月1日時点年齢) 歳																		
保護者住所・連絡先		(住所)〒 _____ 豊後高田市 (年 月 日の居住地) 市内・市外() * 市外の場合、住所を記入ください。 携帯電話(父: _____)(母: _____) 自宅電話(_____)職場電話(父: _____)(母: _____)																			
保育の希望の有無		無	<input type="checkbox"/> 幼稚園 (子どものための教育・保育給付の対象ではない私立幼稚園、国立大学附属幼稚園) <input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚部															新1号			
		有	<input type="checkbox"/> 幼稚園等と預かり保育事業 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業															新2号 新3号 (市民税 非課税世帯)			

①家族の状況(*上記児童本人を除く、全ての家族を記入してください。)

区分	(ふりがな)氏名	続柄	生年月日	性別	就労・通学・通園先等	個人番号(マイナンバー)															
児童の家族構成	()		年 月 日生	男・女																	
	()		年 月 日生	男・女																	
	()		年 月 日生	男・女																	
	()		年 月 日生	男・女																	
	()		年 月 日生	男・女																	
	()		年 月 日生	男・女																	
生活保護の適用の有無		適用無 ・ 適用有 (年 月 日 受給開始)																			
ひとり親世帯の有無		適用無 ・ 適用有 (離婚 ・ 未婚 ・ 死亡 ・ その他 ())																			

②利用を希望する施設(事業者)名等

利用を希望する施設(事業者)	施設(事業者)名	利用開始予定日

*確認事項

- 申請児童の施設等利用給付認定の審査等のため必要がある場合、保護者・家族の税務資料・住民基本台帳を閲覧すること及び当該情報に基づき決定した施設等利用給付認定、施設等利用費の支給その他施設における給食費の徴収に関する情報について、施設・事業者に対して提示することに同意します。
- 提出書類の内容について、保護者、就労先等に確認する場合があります。
- 施設等利用費は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領する場合があります。
- 施設等利用給付認定に係る通知は、手続上、申請書を受理した日から起算して30日を超過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59条の2に規定する事業(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。

(新2号・3号認定を希望される方は、裏面に続きます)

