

認可外保育施設等利用者助成認定申請書

高島市長

【申請にあたって同意していただく事項】

1. 認可外保育施設等利用者助成認定の審査およ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、住民基本台帳および税等の情報を市職員が確認します。
2. 申請書等に記載した内容は、認可外保育施設等利用者助成認定や助成金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・事業者を提供することがあります。
3. 申請内容が事実と相違した場合は、認可外保育施設等利用者助成認定を取り消すことがあります。
4. 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。

以上のことに同意し、保護者の就労、疾病その他の理由により、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認可外保育施設等利用者助成認定を希望するので、認可外保育施設等利用者助成金交付要綱第4条第2項の規定に基づき、次のとおり認可外保育施設等利用者助成金交付にかかる認定を申請します。

				認定希望日（施設利用開始日）		年 月 日			
保護者	フリガナ		申請子どもとの続柄	居住地	〒 -				
	氏名	印							
	※ 自署の場合は印は不要です。								
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（ ）	生年月日	年 月 日			
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	〒 -					
	氏名			生年月日	年 月 日				
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けてください。								
	(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
(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（ ）

同居者を全員記入してください。

(生計の申請子どもの番号に○を付けて同居者)	フリガナ	申請子どもとの続柄	生年月日		就労・通学・通園先 または単身赴任先	要介護認定または障害者手帳
	氏名		大正	昭和	年 月 日	
1			平成	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有
2			平成	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有
3			平成	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有
4			平成	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有
5			平成	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有
6			平成	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有
7			平成	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入してください>

(裏)

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。

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	〒 - - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - - TEL: - -	年 月 日

保育を必要とする理由に応じて記入してください。

		母親の状況		父親の状況	
就 労	就労 種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <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"/> その他: ()	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <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"/> その他: ()		
	通勤手段 ・時間	通勤手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入してください。)	通勤手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入してください。)		
	前年1月1 日以降の転 職	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: から 就労期間: から ② 就労先名: から 就労期間: から	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: から 就労期間: から ② 就労先名: から 就労期間: から		
妊娠・出産 (申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日				
疾病・障害 等	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
介 護 ・ 看 護	被介護者名	(申請子どもとの続柄:)	(申請子どもとの続柄:)		
	傷病・障害名				
災害復旧	受診等 の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()		
	災害復旧	災害の状況:	災害の状況:		
求職活動等	活動の内容:	活動の内容:			
就 学	通学手段 ・時間	通学手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通学時間 約 分 (往復時間を記入してください。)	通学手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通学時間 約 分 (往復時間を記入してください。)		
	就学 の 目 的	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()		
	期 間	年 月 日まで	年 月 日まで		
	卒業後 の 予 定	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月		
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			

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付してください)

1 居宅外で就労されている方 (予定を含む)	就労証明書 (就労内定の場合はその証明を受けてください)
自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合	就労証明書、源泉徴収票、 自営の証明書類の写し (確定申告書、営業許可証、開業届等)
2 出産前後の方 (出産前2か月・後2か月の計5か月 (出産予定月含む) に限る)	母子健康手帳の写し (氏名と出産予定日が記載されているページ)
3 保護者が病気の方	診断書 (疾病名、保育が困難な状況、その期間が明記されたもの)
4 保護者が障害をお持ちの方	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
5 同居の親族を常時介護または看護している方	介護が必要であることがわかる書類 (診断書 (疾病名、介護が必要な状況、期間が明記されたもの) または介護保険証の写し等) 介護・看護の月間スケジュール表
6 災害復旧	罹災証明書等
7 保護者が求職中の方	ハローワークカードの写しまたは申立書
8 保護者が学校に在学中の方	在学証明書 (入学予定の場合は合格通知等) またはカリキュラムの分かる書類
9 認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書