

2・3号用

茨木市施設等利用給付認定申請書

(申請先) 茨木市長

令和6年度用

【申請にあたって同意していただく事項】

- 施設等利用給付認定に必要なときは、申請者の世帯情報及び地方税関係情報（同一世帯の情報を含みます。）を茨木市が取得することに同意します。
- 実費徴収に係る補足給付事業補助金の交付決定にあたって必要な範囲で、申請者の世帯情報、地方税関係情報（同一世帯の情報を含みます。）、利用している幼稚園が有する学齢簿及び徴収金台帳等を茨木市が取得することに同意します。
- 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及び実費徴収に係る補足給付事業の実施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。
- 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。
- 実費徴収に係る補足給付事業補助金は、対象となる保護者に代わり、利用している幼稚園の運営団体（法人等）に交付される場合があります。
- 新年度4月利用開始の場合は、認定事務が集中し認定及び発送処理に日時を要するため、申請日に関わらず、最長で利用開始の前日まで発送時期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。
- 認可外保育施設のうち、無償化の対象となる施設（3～5歳児は37,000円、0～2歳児の住民税非課税世帯は42,000円まで無償）は、内閣府令で定める認可外保育施設の基準を満たす施設になります。
- 申請から30日以内に保育の必要性の認定に必要な書類の提出が確認できない場合は、申請を却下することがあります。

以上のことに同意し、施設等利用費等に係る施設等利用給付認定を次のとおり申請します。

| | |
|----------------|----------|
| 認定希望日（施設利用開始日） | 令和 年 月 日 |
|----------------|----------|

| | | |
|------|---|---|
| 認定種別 | <input type="checkbox"/> 保育の必要性がない ※1 | (第1号) 申請子どもは、認定希望日時点で3歳以上である |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 保育の必要性がある ※1 | (第2号) 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している (第3号) 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間である ⇒①から⑥をご記入ください。 [認可外保育施設のみを利用している場合は、②の記入は不要です。] |

※1 保育の必要性とは、就労、就学、疾病等により月64時間以上保育できない家庭をいいます。

①申請者情報

| | | | | |
|-------|---|---|---|--|
| 申請者 | フリガナ | | 〒 | — |
| | 氏名 | | 居住地 | |
| | 子どもとの続柄 | | 現住所が市外の場合 市内転入後の住所 | 〒 — (転入予定日) 令和 年 月 日 |
| | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | |
| | 世帯の状況 該当する場合に ☑してください | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (<input type="checkbox"/> 母子 ・ <input type="checkbox"/> 父子) <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 (年 月 日保護開始) <input type="checkbox"/> 里親 (<input type="checkbox"/> 養育里親 ・ <input type="checkbox"/> 養子縁組里親) | | |
| | 日中の連絡先 (電話番号) *該当する項目に ☑してください | ① — — | <input type="checkbox"/> 父携帯 ・ <input type="checkbox"/> 母携帯 ・ <input type="checkbox"/> 父勤務先 <input type="checkbox"/> 母勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 令和5年1月1日 の住所 | <input type="checkbox"/> 茨木市内 <input type="checkbox"/> 茨木市外 (| <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 | <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村 |
| | 令和6年1月1日 の住所 | <input type="checkbox"/> 茨木市内 <input type="checkbox"/> 茨木市外 (| <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 | <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村 |
| 子ども申請 | フリガナ | | 居住地 | 〒 — |
| | 氏名 | | 申請者と異なる 場合のみ記載 | |
| | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 | 個人番号 | |

②利用施設

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。※2

| | | | |
|------|--|-----------|----------|
| フリガナ | | 所在地 | 市 |
| 施設名 | | 利用開始(予定)日 | 令和 年 月 日 |

※2 認可外保育施設をご利用の方は、裏面「④その他の利用施設」に利用施設名等をご記入ください。

【裏面へ続く】

③世帯の状況

対象となる子ども以外の保護者及び同じ住所に住んでいる人全員について記入してください。該当する項目に☑してください。未就学児の兄弟姉妹がおられて、保育所や幼稚園、認可外施設等に在籍されている場合は、在籍施設名を備考欄に記入してください。

| フリガナ氏名 | 子どもとの続柄 | 生年月日 | 個人番号 | 身体障害者手帳等の有無 | 備考 ※手帳をお持ちの方は手帳名を記入してください |
|--------|---------|-------------------------------|------|---|------------------------------|
| | | 明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | |
| | | 明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | |
| | | 明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | |
| | | 明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | |
| | | 明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | |
| | | 明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | |
| | | 明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | |

④その他の利用施設

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)方は記入して下さい。

| フリガナ施設名 | 利用するサービスの種類 該当する項目に☑してください。 | 所在地 | 利用開始予定日 |
|---------|--|--------------|----------|
| | <input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動 | 〒 - TEL: - - | 令和 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動 | 〒 - TEL: - - | 令和 年 月 日 |

⑤認可施設の利用申込状況

すでに認可外施設を利用しており、認可施設の利用申込みを行っていない場合は、以下の理由のうち、該当する項目に☑してください。また、「その他」に☑された場合は、その理由を記入してください。

保育内容があっているため
地理的条件がよい
認可外施設の預かり時間が希望する時間のため
その他 ()

⑥保育を必要とする理由

保育を必要とする理由のうち、該当する項目に☑してください。

| 子どもとの続柄 | 父 ・ 母 (その他) | 父 ・ 母 (その他) |
|--------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 就労 | <input type="checkbox"/> 居宅外就労 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 | <input type="checkbox"/> 居宅外就労 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 予定日 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 予定日 令和 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 疾病・障害 | 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 |
| <input type="checkbox"/> 介護等 | 被介護者名 (子どもとの続柄) | (子どもとの続柄) |
| | 傷病・障害名 | |
| | 受診等の状況 | <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院 (<input type="checkbox"/> 月 ・ <input type="checkbox"/> 週 回) <input type="checkbox"/> 通所・ <input type="checkbox"/> 通学 (<input type="checkbox"/> 週 回) 施設名 () |
| <input type="checkbox"/> 求職活動 | 求職活動の状況 | 求職活動の状況 |
| <input type="checkbox"/> 就学 | 通学施設名 期間 令和 年 月 日まで | 通学施設名 期間 令和 年 月 日まで |
| <input type="checkbox"/> その他 | | |

【添付書類】

- ・ 就労 (居宅外就労) : 就労証明書
- (自営) : 就労証明書及び開業届もしくは確定申告 (写) 等自営を証明できる書類
- (内職) : 内職証明書
- ・ 妊娠・出産 : 母子手帳の写し (分娩予定日がわかるページ及び表紙の写)
- ・ 疾病 : 医師の診断書
- ・ 障害 : 「③世帯の状況 (必須)」の備考欄に手帳名を記入してください。
- ・ 介護等 : 介護が必要であるとわかる書類 (診断書、介護保険証の写し等)、申立書
(申立書の様式は、市HPか、市役所窓口にて取得してください)
- ・ 求職活動 : 求職活動申立書
- ・ 就学 : 在学証明書または学生証 (写)、カリキュラム