

名張市長 宛  
名張市福祉事務所長 宛

【申請にあたって同意していただく事項】

1. 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条の規定に基づき、施設等利用給付認定の審査及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、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。

2. 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・事業者に提供することがあります。

3. 子ども・子育て支援法第30条の11第3項の規定に基づき、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。

4. 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。

5. 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。

6. 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（企業等）に該当しません。

認定希望日を記入してください。  
(毎月1日からの認定となります。)

認定を希望する前月の20日までに必要書類を揃えて提出して下さい。

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、幼稚園・認定こども園・特別支援学校等において一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業の施設等利用給付認定を希望するのとき、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

※1. 預かり保育事業とは、当該幼稚園等が実施する預かり保育事業が、①平日、教育時間を含み提供時間数が8時間未満または②年間開所日数200日以上の要件に該当する場合に利用可能な認可外保育施設を含みます。

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |              |                                   |                  |                                                     |                                                     |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |              | 認定希望日（施設利用開始日）                    |                  | 令和 〇年 △ 月 × 日                                       |                                                     |
| 保護者                 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                    | ※名張市に住民票がある方で給付を受領する(振込先の)保護者の氏名を記入してください。 ※自署の場合は印は不要です。 |              | 申請子どもとの続柄                         | 父                | 居住地                                                 | 〒 518 - 0701 名張市鴻之台 1 番町 1 番地                       |
|                     | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                           |              |                                   |                  | 現住所が市外の場合<br>市内転入後の住所                               | 〒                                                   |
|                     | 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下さい。                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |              |                                   | 生年月日             |                                                     | 昭和 57 年 4 月 1 日                                     |
|                     | ① 090-***-**                                                                                                                                                                                                                                                            | 父携帯・母携帯<br>父勤務先・母勤務先<br>自宅・その他（ ）                         | ② 090-***-** | 父携帯・母携帯<br>父勤務先・母勤務先<br>自宅・その他（ ） | 個人番号<br>(マイナンバー) |                                                     | ※別添の個人番号確認票（マイナンバー提出用紙）に必要事項を記入等の上、専用封筒に封入し提出してください |
| 子ども申請               | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                    | ナバリ ジロウ                                                   |              | 現住所<br>申請者と異なる場合のみ記載              | 〒 -              | 個人番号(マイナンバー)                                        |                                                     |
|                     | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                      | 名張 二郎                                                     |              |                                   |                  | ※別添の個人番号確認票（マイナンバー提出用紙）に必要事項を記入等の上、専用封筒に封入し提出してください |                                                     |
| いずれかにチェック及び記入してください |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |              | 年月日                               |                  | 令和3 年 10 月 8 日                                      |                                                     |
| 認定種別                | <input type="checkbox"/> 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2号)                                                                                                                                                                                                 |                                                           |              |                                   |                  | 左記で第3号に該当し、市民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点を付けて下さい。          |                                                     |
|                     | <input type="checkbox"/> 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日までの間にある(第3号)                                                                                                                                                                                                 |                                                           |              |                                   |                  |                                                     |                                                     |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |              |                                   |                  | <input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当                  |                                                     |
| 保育を必要とする理由          | 該当する□にレ点を付けて下さい。 いずれかにチェック及び記入してください                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |              |                                   |                  |                                                     |                                                     |
|                     | (子から見た続柄)<br>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（ ） |                                                           |              |                                   |                  |                                                     |                                                     |
|                     | (子から見た続柄)<br>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（ ） |                                                           |              |                                   |                  |                                                     |                                                     |

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

|                             |      |          |  |      |          |  |
|-----------------------------|------|----------|--|------|----------|--|
| 認定希望日の<br>当年1月1日現在の住所<br>※2 | (母親) | □ 現住所と同じ |  | (父親) | □ 現住所と同じ |  |
| 認定希望日の<br>前年1月1日現在の住所<br>※3 | (母親) | □ 現住所と同じ |  | (父親) | □ 現住所と同じ |  |

※2. 3. 名張市以外の住所である場合は、記入した住所地の市町村で発行される当年(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（課税証明書など）を添付して下さい。

同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に、父母及び同居の兄弟姉妹の個人番号を記入して下さい。

|                      |                  |                   |                   |                   |                 |                      |                  |
|----------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|----------------------|------------------|
| (生計の中心者の番号に○を付けて下さい) |                  | フリガナ              | 申請子どもとの続柄         | 生年月日              |                 | 親方・通子・通園元<br>又は単身赴任先 | 要介護認定又は<br>障害者手帳 |
|                      |                  | 氏名                |                   |                   |                 |                      |                  |
|                      | 1                | ナバリ タロウ<br>名張 太郎  | 父                 | 個人番号              | ※別添専用用紙をご使用ください | 名張センター               | □有               |
|                      |                  |                   |                   | 大正 昭和 令和<br>平成 令和 | 57 年 4 月 1 日    |                      |                  |
|                      | 2                | ナバリ ハナコ<br>名張 花子  | 母                 | 個人番号              | ※別添専用用紙をご使用ください | (株) 名張               | □有               |
|                      |                  |                   |                   | 大正 昭和 令和<br>平成 令和 | 58 年 4 月 2 日    |                      |                  |
|                      | 3                | ナバリ イチロウ<br>名張 一郎 | 兄                 | 個人番号              | ※別添専用用紙をご使用ください | 鴻之台小学校               | □有               |
|                      |                  |                   |                   | 大正 昭和 令和<br>平成 令和 | 27 年 4 月 3 日    |                      |                  |
| 4                    | ナバリ タイチ<br>名張 太一 | 祖父                | 個人番号              | ※別添専用用紙をご使用ください   |                 | □有                   |                  |
|                      |                  |                   | 大正 昭和 令和<br>平成 令和 | 23 年 4 月 4 日      |                 |                      |                  |
| 5                    | ナバリ ウメ<br>名張 梅   | 祖母                | 個人番号              | ※別添専用用紙をご使用ください   |                 | □有                   |                  |
|                      |                  |                   | 大正 昭和 令和<br>平成 令和 | 25 年 4 月 5 日      |                 |                      |                  |
| 6                    | ナバリ モモコ<br>名張 桃子 | おば                | 個人番号              | ※別添専用用紙をご使用ください   | (株) 名張          | □有                   |                  |
|                      |                  |                   | 大正 昭和 令和<br>平成 令和 | 62 年 4 月 6 日      |                 |                      |                  |
| 7                    |                  |                   | 個人番号              | ※別添専用用紙をご使用ください   |                 | □有                   |                  |
|                      |                  |                   |                   | 大正 昭和 令和<br>平成 令和 | 年 月 日           |                      |                  |

<必ず裏面も記入して下さい>

裏面

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。

|     |             |         |               |  |
|-----|-------------|---------|---------------|--|
| 施設名 | ニンディコドモエン   | 所在地     | 〒 ー TEL ( )   |  |
|     | 認定こども園○△幼稚園 |         | 名張市○△         |  |
|     |             | 利用開始予定日 | 令和 〇年 △ 月 × 日 |  |

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。

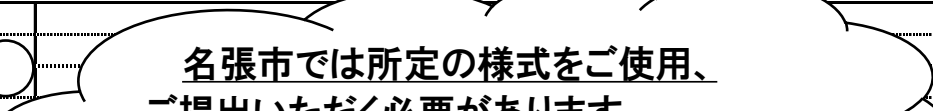
| フリガナ<br>施設名 | 利用開始予定日                       | 所在地             | 利用開始予定日 |
|-------------|-------------------------------|-----------------|---------|
| 認定こども園○△幼稚園 | 認可外 ・ 一時預かり<br>病児保育 ・ 子育て援助活動 | 〒 ー<br>TEL: ー ー | 年 月 日   |
|             | 認可外 ・ 一時預かり<br>病児保育 ・ 子育て援助活動 | 〒 ー<br>TEL: ー ー | 年 月 日   |
|             | 認可外 ・ 一時預かり<br>病児保育 ・ 子育て援助活動 | 〒 ー<br>TEL: ー ー | 年 月 日   |
|             | 認可外 ・ 一時預かり<br>病児保育 ・ 子育て援助活動 | 〒 ー<br>TEL: ー ー | 年 月 日   |

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

|                 |                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |
|-----------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|                 |                     | 母親の状況                                                                                                                                                                                                                                                   |                                               | 父親の状況                                                                                                                                                                                                                                                   |                                               |
| 就 労             | 就労<br>種別            | <input type="checkbox"/> 居宅外労働<br><input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者<br><input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者<br><input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他： ( ) |                                               | <input type="checkbox"/> 居宅外労働<br><input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者<br><input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者<br><input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他： ( ) |                                               |
|                 | 通勤手段<br>・時間         | 徒歩・自転車・自動車・電車・その他 ( )<br>※複数手段がある場合は○をつけて下さい。                                                                                                                                                                                                           |                                               | バス・自動車・電車・その他 ( )<br>※複数手段がある場合は○をつけて下さい。                                                                                                                                                                                                               |                                               |
|                 | 前年1月1<br>日以降の転<br>職 |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |
| 妊娠・出産<br>(申請時点) |                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |
| 疾病・障害<br>等      |                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |
| 介 護<br>・ 看 護    | 被介護者名<br>傷病・障害名     |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |
|                 | 受診等<br>の状況          |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |
| 災害復旧            |                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |
| 求職活動等           |                     |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |
| 就 学             | 通学手段<br>・時間         | 通学手段                                                                                                                                                                                                                                                    | 徒歩・自転車・自動車・電車・その他 ( )<br>※複数手段がある場合は○をつけて下さい。 | 通学手段                                                                                                                                                                                                                                                    | 徒歩・自転車・自動車・電車・その他 ( )<br>※複数手段がある場合は○をつけて下さい。 |
|                 | 就学の<br>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<br>の予定          | (就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労<br><input type="checkbox"/> 月                                                                                                                                                                            |                                               | (就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労<br><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                                                                                                                                                                                                                                      |                                               |

育休中の方は、その他欄に記入してください。

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

|   |                          |                                                                                                                                                                           |
|---|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 居宅外で就労されている方（予定を含む）      |  <p>名張市では所定の様式をご使用、<br/>ご提出いただく必要があります。<br/>別添、説明書類をご確認の上、必要<br/>な書類を添付し提出してください。</p> |
|   | 自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合 |                                                                                                                                                                           |
| 2 | 出産前後の方                   |                                                                                                                                                                           |
| 3 | 保護者が病気の方                 |                                                                                                                                                                           |
| 4 | 保護者が障害をお持ちの方             |                                                                                                                                                                           |
| 5 | 保護者が介護している方              |                                                                                                                                                                           |
| 6 | 保護者が求職中の方                |                                                                                                                                                                           |
| 7 | 保護者が学校に在学中の方             |                                                                                                                                                                           |
| 8 | 育休中の方                    |                                                                                                                                                                           |
| 9 | 認可外保育施設を利用される方           |                                                                                                                                                                           |

※以下、市記載欄のため記入不要です。

|                                                            |                              |                                                             |     |                                  |
|------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------|
| 本人確認                                                       | <input type="checkbox"/> 代理人 | マイナンバー確認                                                    | 確認者 | 提出先                              |
| <input type="checkbox"/> マイナンバーカード                         |                              | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード                          |     | <input type="checkbox"/> 市役所     |
| <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 |                              | <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 |     | <input type="checkbox"/> 教育・保育施設 |
| <input type="checkbox"/> その他( )                            |                              | <input type="checkbox"/> その他( )                             |     | <input type="checkbox"/> 郵送      |