

# 天草市3歳未満児保育料無償化事業資格認定・変更申請書

天草市長 様

**【申請にあたって同意していただく事項】**

- この認定の審査にあたって、申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認のため、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。
- 申請内容に変更が生じた場合は、速やかに届け出てください。
- 事実と異なる申請が確認された場合は、認定を取り消し、既に支給された補助金について返還を求める場合があります。
- この申請は、天草市3歳未満児保育料無償化事業補助金にかかる申請のため、子ども・子育て支援法の規定による3歳児以降子育てのための施設等利用給付認定を受ける場合は、別途申請が必要です。

以上のことに同意し、次のとおり、天草市3歳未満児保育料無償化事業補助金交付要領第4条第1項の規定に基づき、資格認定を申請します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 保護者に関する届出内容 <input type="checkbox"/> 「保育の必要性」の理由 <input type="checkbox"/> 世帯員に関する届出内容 <input type="checkbox"/> 利用（予定）の施設	【変更する理由】
	<input type="checkbox"/> 変更		

※該当する届け出区分に☑を入れてください。変更の場合は、主たる変更内容にチェックを入れ、その理由を記載してください。

保護者	フリガナ	申請子どもとの続柄	居住地(住所)	〒	—
	氏名				
	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
	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（ ）	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	

**①世帯の状況**

同居者を全員記入して下さい。

（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	就労・通学・通園先 又は単身赴任先	要介護認定又は障害者手帳	
	1		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	2		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	3		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	4		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	5		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	6		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	7		大正 昭和 平成 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

**②利用を希望する施設（事業者）及び期間**

施設（事業者）名	<input type="checkbox"/> たからじま保育園	<input type="checkbox"/> 美野里保育園	<input type="checkbox"/> その他（ ）
利用（予定）期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		

<必ず裏面も記入して下さい>

③保育を必要とする理由

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

理 由		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 ⇒ <span style="display: inline-block; vertical-align: middle;">[ <input type="checkbox"/> 自宅                      <input type="checkbox"/> 中心者 ]</span> <span style="display: inline-block; vertical-align: middle;">[ <input type="checkbox"/> 自宅以外                  <input type="checkbox"/> 協力者 ]</span> <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他： (                      )		<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <span style="display: inline-block; vertical-align: middle;">[ <input type="checkbox"/> 自宅                      <input type="checkbox"/> 中心者 ]</span> <span style="display: inline-block; vertical-align: middle;">[ <input type="checkbox"/> 自宅以外                  <input type="checkbox"/> 協力者 ]</span> <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○をつけて下さい。	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○をつけて下さい。
	前年1月1日以降の転職	通勤時間	約                      分 (往復時間を記入して下さい。)	通勤時間	約                      分 (往復時間を記入して下さい。)
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名： ① 就労期間：                      から ② 就労先名： 就労期間：                      から		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名： ① 就労期間：                      から ② 就労先名： 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				
受診等の状況	<input type="checkbox"/> 入院中                      通院(月・週                      回)		<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"/> 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○をつけて下さい。	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○をつけて下さい。
		通学時間	約                      分 (往復時間を記入して下さい。)	通学時間	約                      分 (往復時間を記入して下さい。)
	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		(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週                      日、1日                      時間就労		
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下さい)

1 居宅外で就労されている方 (予定を含む) 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(就労内定の場合はその証明を受けて下さい) 就労状況申告書、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8週間・後8週間に限る)	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)
4 保護者が病気の方	診断書
5 保護者が障害をお持ちの方	障害による手帳等の交付を受けている方…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 交付を受けていない方…診断書
6 保護者が介護している方	申立書及び介護が必要であることがわかる書類(診断書、介護保険証の写し等)
7 保護者が求職中の方	求職活動中であることを証明するもの (参考様式として今後変更の可能性あり)
8 住民税の課税が天草市以外の方 (転入者等)	<b>世帯全員分</b> の前年の収入・所得が確認できる資料 (所得証明書の写し等)

※市記載欄

実施保育必要時間	1日あたり平均実保育必要時間	×	1月あたり平均実保育必要日数	=	1月あたり平均実保育必要時間	保護者の方で少ない方を記載。勤務・通勤・休憩時間等を含む。 例：1日あたりの実保育必要時間が9時間、1カ月あたり実保育必要日数(平均勤務日数)が20日の場合、 9時間×20日＝「180」時間を記載。

受付年月日	
-------	--

認定の可否		認定番号
可・否 (否とする理由)		
備 考		