

Solicitud de certificación para recibir servicios

[Doy mi consentimiento para lo siguiente.]

- En el examen de certificación para recibir servicios y en la verificación de la situación de la tributación municipal del solicitante y de los familiares que conviven, puede pedir a las autoridades gubernamentales y públicas que muestren documentos necesarios o suministren datos.
- En el examen de certificación para recibir servicios, puede hacer preguntas a las personas relacionadas como el empleador del tutor.
- Cuando se considera necesaria la información para la certificación para recibir servicios, el pago de la tarifa de uso de las instalaciones y el cobro de la merienda escolar en las instalaciones, el contenido escrito en este formulario puede ser suministrado a la instalación o la empresa.
- Con la autorización de la municipalidad, la instalación o la empresa puede recibir directamente la tarifa de uso de las instalaciones sin mediar el pago al solicitante.
- Cuando se inicia el uso en abril del nuevo año fiscal, puede retrasar el aviso del resultado del examen debido a la alta concentración de trabajo de certificación que requiere tiempo.
- Puede revocar la certificación para recibir servicios cuando el contenido de la solicitud no concuerda con los hechos.
- Si es usuario de la guardería de las empresas a la fecha de certificación deseada, no se puede solicitar esta certificación.

Doy mi consentimiento para todo lo anterior y solicito que me certifique para recibir servicios de educación y guardería para mi hijo (servicios de uso de las instalaciones para cuidado de los hijos).

Tipo de certificación Marcar con un <input type="radio"/> la casilla correspondiente de a) a d)	a)	Artículo 19 de la Ley	Certificación de Categoría 1	Uso de preescolar subvencionado/ guardería y preescolar certificado (únicamente educación)	Llenar únicamente esta cara
	b)	Artículo 30-4 de la Ley	Certificación de Categoría 1	Uso de preescolar privado subsidiado (únicamente educación)	
	c)	Artículo 19 de la Ley	Certificación de Categoría 2/ Certificación de Categoría 3	Uso de guardería autorizada, etc.	Llenar ambas caras
	d)	Artículo 30-4 de la Ley	Certificación de Categoría 2/ Certificación de Categoría 3	Uso de guardería temporal de un preescolar/ guardería no autorizada	
Período de certificación deseada	Día de del 20XX	-	<input type="checkbox"/> Hasta ingresar en la primaria <input type="checkbox"/> Día de del 20XX		

1 Solicitante (tutor)

Cómo se lee		Fecha de nacimiento	Día de del 20XX
Nombre		Dirección actual	
Contacto (1)	Móvil de padre, móvil de madre, trabajo de padre, trabajo de madre, casa, otros ()	Contacto (2)	Móvil de padre, móvil de madre, trabajo de padre, trabajo de madre, casa, otros ()

*En la casilla de Contacto, escriba por orden de la persona fácil de contactarse durante el día. *También llene la casilla de Contacto (2).

2 Niño objeto de la solicitud

Cómo se lee		Fecha de nacimiento	Día de del 20XX	My Number		Portador de las libretas de discapacidad*	<input type="checkbox"/> Sí
Nombre							

*Libretas de discapacidad, etc.: Libreta de discapacidad física, Libreta de discapacidad intelectual, Libreta de discapacidad mental, Certificado de subsidio para la manutención de los niños especiales, Pensión básica por discapacidad de las pensiones nacionales (se aplica lo mismo en la siguiente casilla "4 Situación del hogar".)

3 Nombre de la instalación/ oficina a utilizar (primera opción de la solicitud)

Cómo se lee		Tipo de servicios a utilizar	Fecha prevista de inicio del uso (mes en el que desea solicitar)
Nombre de la instalación		Guarderías, Guarderías y preescolares certificados, Guarderías comunitarias Preescolares, Guarderías no autorizadas Guarderías temporales, Guarderías para niños enfermos, Asistencia familiar	Día de del 20XX

4 Situación del hogar *Excepto el niño objeto de la solicitud

Cómo se lee	Parentesco con el niño objeto de la solicitud	Edad	Fecha de nacimiento	Nombre del trabajo, escuela, preescolar o lugar trasladado sin familia	Portador de las libretas de discapacidad*
Tutores (incluyendo tutor que realiza la solicitud)		años	My Number Día de del 20XX		<input type="checkbox"/> Sí
			Dirección al 1 de enero del 2024	Ciudad de Ayase/Fuera de la Ciudad de Ayase () *Escriba el nombre de la ciudad y la prefectura.	
			Dirección al 1 de enero del 2023	Ciudad de Ayase/Fuera de la Ciudad de Ayase () *Escriba el nombre de la ciudad y la prefectura.	
		años	My Number Día de del 20XX		<input type="checkbox"/> Sí
			Dirección al 1 de enero del 2024	Ciudad de Ayase/Fuera de la Ciudad de Ayase () *Escriba el nombre de la ciudad y la prefectura.	
			Dirección al 1 de enero del 2023	Ciudad de Ayase/Fuera de la Ciudad de Ayase () *Escriba el nombre de la ciudad y la prefectura.	
Familia y los que conviven que no sea el tutor (incluyendo los que conviven pero en hogares distintos y los que comparten el mismo hogar pero no conviven)		años	My Number Día de del 20XX		<input type="checkbox"/> Sí
		años	My Number Día de del 20XX		<input type="checkbox"/> Sí
		años	My Number Día de del 20XX		<input type="checkbox"/> Sí
		años	My Number Día de del 20XX		<input type="checkbox"/> Sí
		años	My Number Día de del 20XX		<input type="checkbox"/> Sí
		años	My Number Día de del 20XX		<input type="checkbox"/> Sí
Situación en caso de hogares de padres solteros	<input type="checkbox"/> Divorciado (Día de del 20XX) <input type="checkbox"/> Viudo (Día de del 20XX) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado en proceso de divorcio ((Alrededor) del día de del 20XX) [Mediación <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <<Certificado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí>>]				
Situación de la recepción de asistencia pública	<input type="checkbox"/> Corresponde (inicio de protección desde el día de del 20XX)				

Ve el reverso

給付認定申請書

年 月 日

【同意事項】

- 給付認定の審査並びに申請者及び同居親族の市町村住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。
- 給付認定の審査のために、保護者の雇用主などの関係者に照会を行うことがあります。
- 申請書に記載した内容は、給付認定及び施設等利用費の支給並びに施設における給食費の徴収に関する情報として必要と認められる場合に、施設又は事業者を提供することがあります。
- 施設等利用費は、市が認めた場合は、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。
- 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期間を要するため、審査結果のお知らせ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、給付認定を取り消すことがあります。
- 認定希望日現在で、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。

以上のことに同意の上、子どものための教育・保育給付（子育てのための施設等利用給付）の給付認定を申請します。

認定種別 ア～エのうち 該当に○	ア	法第19条 1号認定	施設型給付幼稚園・認定こども園を利用（教育部分のみ）	表面のみ記入
	イ	法第30条の4 1号認定	私学助成幼稚園を利用（教育部分のみ）	
	ウ	法第19条 2号認定／3号認定	認可保育所等を利用	両面記入
	エ	法第30条の4 2号認定／3号認定	幼稚園預かり保育・認可外保育施設等を利用	
認定期間の 希望	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 小学校就学前 <input type="checkbox"/> 年 月 日

1 申請者（保護者）

フリガナ	生年月日	年 月 日
氏名	現住所	
連絡先①	連絡先②	
父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（ ）		父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（ ）

※連絡先は日中連絡のつきやすい順に記入してください ※連絡先②も記入してください。

2 申請に係る児童

フリガナ	生年月日	年 月 日	個人番号	障害者手帳等※の有無	<input type="checkbox"/> 有
氏名					

※ 障害者手帳等：身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当証書、国民年金の障害基礎年金（下欄「4 世帯の状況」において同じ）

3 利用（申込み第1希望）施設・事業名

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	利用開始予定日 （申込み希望月）
	保育所・認定こども園・地域型保育事業 幼稚園・認可外保育施設 一時預かり・病児保育・ファミサポ	年 月 日

4 世帯の状況※申請にかかる児童は除く

フリガナ 氏名	申請子ども との続柄	年齢	生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先	障害者手帳等※ の有無
（申請を行う保護者を含む）		歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		
		令和6年1月1日の住所	綾瀬市・綾瀬市外（ ） ※都道府県名・市区町村名を記入		
		令和5年1月1日の住所	綾瀬市・綾瀬市外（ ） ※都道府県名・市区町村名を記入		
（世帯保護者以外も生計が同一の家族な方及び同居し）		歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		
		令和6年1月1日の住所	綾瀬市・綾瀬市外（ ） ※都道府県名・市区町村名を記入		
		令和5年1月1日の住所	綾瀬市・綾瀬市外（ ） ※都道府県名・市区町村名を記入		
		歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		
		歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		
歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有		
	年 月 日				
歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有		
	年 月 日				

ひとり親世帯の場合の状況 離婚（年 月 日） 死別（年 月 日） 未婚
離婚前提別居（年 月 日（頃）から【調停 無 有《証明書 無 有】）

生活保護の受給状況 該当（年 月 日保護開始）

裏面あり

***Llene las siguientes casillas si respondió c) o d) en la casilla 1.**

5 Situación que requiere guardería *Si el tutor no es padre o madre, escriba el nombre en [].

		Madre []		Padre []	
Motivos de la necesidad de guardería	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Embarazo/Parto	<input type="checkbox"/> Enfermedad/Discapacidad	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Enfermedad/Discapacidad
	<input type="checkbox"/> Cuidado domiciliario/Enfermería	<input type="checkbox"/> Estudio	<input type="checkbox"/> Buscando empleo	<input type="checkbox"/> Cuidado domiciliario/Enfermería	<input type="checkbox"/> Estudio
	<input type="checkbox"/> Recuperación tras desastres	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Subsidio por maternidad	<input type="checkbox"/> Buscando empleo	<input type="checkbox"/> Subsidio por maternidad
				<input type="checkbox"/> Recuperación tras desastres	<input type="checkbox"/> Otros
Trabajo	Nombre del trabajo				
	Medios de transporte/Tiempo	Medios de transporte	A pie/Bicicleta/Autobús/Automóvil/Tren/Otros () *Si tiene varios medios, marque todos con un O.	Medios de transporte	A pie/Bicicleta/Autobús/Automóvil/Tren/Otros () *Si tiene varios medios, marque todos con un O.
		Tiempo para llegar	Unos minutos (escriba el tiempo de ida y vuelta.)	Tiempo para llegar	Unos minutos (escriba el tiempo de ida y vuelta.)
Subsidio por maternidad	<input type="checkbox"/> En subsidio por maternidad		<input type="checkbox"/> En subsidio por maternidad		
Embarazo/Parto (en el momento de la solicitud)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ⇒ (Fecha prevista de parto) Día de del 20XX				
Enfermedad/Discapacidad, etc.	(Tipo de enfermedad/discapacidad) (¿Tiene Libreta?) <input type="checkbox"/> Sí (Grado) <input type="checkbox"/> No		(Tipo de enfermedad/discapacidad) (¿Tiene Libreta?) <input type="checkbox"/> Sí (Grado) <input type="checkbox"/> No		
Cuidado domiciliario/Enfermería	Persona objeto	(Parentesco con el niño:)		(Parentesco con el niño:)	
	Nombre de la enfermedad o tipo de discapacidad				
	Situación de la atención médica	<input type="checkbox"/> Hospitalizado Atención ambulatoria (veces al mes/semana)		<input type="checkbox"/> Hospitalizado Atención ambulatoria (veces al mes/semana)	
Actividades de para buscar empleo, etc.	Contenido de actividades:		Contenido de actividades:		
Estudio	Nombre de la escuela				
	Medios de transporte/Tiempo	Medios de transporte	A pie/Bicicleta/Autobús/Automóvil/Tren/Otros () *Si tiene varios medios, marque todos con un O.	Medios de transporte	A pie/Bicicleta/Autobús/Automóvil/Tren/Otros () *Si tiene varios medios, marque todos con un O.
		Tiempo para llegar	Unos minutos (escriba el tiempo de ida y vuelta.)	Tiempo para llegar	Unos minutos (escriba el tiempo de ida y vuelta.)
Duración	Hasta el día de del 20XX		Hasta el día de del 20XX		
Otros	Contenido que justifica la dificultad de la guardería		Contenido que justifica la dificultad de la guardería		
	Desastres/Otros ()		Desastres/Otros ()		

● Documentos anexos

	Motivos de la necesidad de guardería	Documentos necesarios
1	Trabajo de más de 64 horas al mes	- Constancia de trabajo (formulario de la municipalidad) (Si Usted es un trabajador por cuenta propia, también necesita uno de los documentos de *1.)
2	Embarazo/parto del hijo menor	- Copia de la Libreta materno infantil (copia de la portada y de la página donde aparece la fecha prevista de parto)
3	Enfermedad/discapacidad del tutor	- Copia del diagnóstico del médico tratante o de la Libreta de discapacidad
4	Cuidado domiciliario y/o cuidado del pariente que convive o está hospitalizado por mucho tiempo	- Copia del diagnóstico del médico tratante o de los documentos de soporte de las personas cuidadas o acompañadas
5	Recuperación tras desastres	- Documentos que permitan demostrar los hechos como Certificado de damnificados de desastres, etc.
6	Actividades para buscar empleo	- Copia de Registro de usuario de Hello Work o Declaración jurada que demuestre las actividades de inserción laboral
7	Estudio (formación ocupacional en una escuela vocacional)	- Carné de estudiante (o certificado de inscripción) o un documento que explique que está matriculado en un curso de formación ocupacional y un documento que demuestre las horas de estudio como el horario de clase
8	Subsidio por maternidad para el hijo menor	- Declaración jurada sobre la continuación del ingreso por motivo del subsidio por maternidad (prórroga) (formulario de la municipalidad)

*1 Copia de Notificación de apertura del negocio personal, Copia de Licencia comercial, Copia de Certificado de asuntos registrados, Copia de un documento en el que conste los ingresos provenientes del negocio como la Declaración definitiva de impuesto sobre la renta (copia de declarante), etc.

***Casilla llenada por la municipalidad**

Fecha de recepción	Día de del 20XX	Código del niño	Nombre de la instalación	Número de certificación
Certificación aprobada o rechazada	Aprobada/Rechazada	Razones por las que no certifica		
Categoría de certificación, etc.	Artículo 19 <input type="checkbox"/> Categoría 1 <input type="checkbox"/> Categoría 2 <input type="checkbox"/> Categoría 3	Artículo 30-4 <input type="checkbox"/> Categoría 1 <input type="checkbox"/> Categoría 2 <input type="checkbox"/> Categoría 3	<input type="checkbox"/> Confirmación de número	
Observaciones			<input type="checkbox"/> Confirmación de identidad	
			Otros	Información complementaria/ Otros ()

Si se puede tomar la decisión sobre la solicitud anterior, también, después de la decisión, si se puede otorgar o notificar como se indica en el anexo.

Casilla de decisión				Sello oficial	Recepción	/	/
Jefe de División	Supervisor encargado	Personal encargado		Encargado	Elaboración	/	/
					Decisión	/	/
					Otorgamiento	/	/

※ 1でウ又はエを選択した場合に記入してください。

5 保育を必要とする状況 ※保護者が父母以外の場合は、〔 〕に氏名を記入してください。

		母〔 〕		父〔 〕		
保育を必要とする事由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> その他		
就労	勤務先名					
	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。
		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。）
育休		<input type="checkbox"/> 育休取得中		<input type="checkbox"/> 育休取得中		
妊娠・出産（申請時点）		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒（出産予定日） 年 月 日				
疾病・障がい等		（疾病又は障がいの種類）（手帳交付） <input type="checkbox"/> 有（ 級） <input type="checkbox"/> 無		（疾病又は障がいの種類）（手帳交付） <input type="checkbox"/> 有（ 級） <input type="checkbox"/> 無		
介護・看護	対象者	（児童との続柄： ）		（児童との続柄： ）		
	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（ ）		
求職活動等		活動の内容：		活動の内容：		
就学	学校名					
	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。）
	期間	年 月 日まで		年 月 日まで		
その他		保育を行うことが困難と認められる内容 災害・その他（ ）		保育を行うことが困難と認められる内容 災害・その他（ ）		

●添付書類

	保育を必要とする事由	必要書類
1	月64時間以上の就労	・就労証明書（市様式）（自営業の方は他に※1の書類のいずれか1つも必要）
2	下の子の妊娠・出産	・母子手帳の写し（表紙と出産予定日を記入したページの写し）
3	保護者の疾病・障害	・主治医の診断書、又は障害者手帳の写し
4	同居又は長期入院している親族の介護・看護	・主治医の診断書、又は被介護・看護。付添者の証明書類の写し
5	災害復旧	・罹災証明書等事実を証明できる書類
6	求職活動	・ハローワーク受付票の写し又は求職活動の状況が分かる申立書
7	就学（職業訓練校）	・学生証（又は在学証明書）、もしくは職業訓練の受講が分かる書類及び就学時間が分かる書類
8	下の子のための育休	・育児休業（延長）に伴う継続入所についての申立書（市様式）

※1 開業届の写し・営業許可証の写し・登記事項証明書の写し・確定申告書（控え）等の事業の収入を証明するものの写しなど

※市記載欄

受付年月日	年 月 日	こどもコード	施設名	認定証番号
認定の可否	可・否	認定しない場合の理由		
認定区分等	法19条 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	法30条の4 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号		<input type="checkbox"/> 番号確認
備考				<input type="checkbox"/> 身元確認
				その他

上記の申請について、決定してよいでしょうか。また、決裁後は別紙のとおり交付又は通知してよいでしょうか、併せて伺います

決 裁 欄				公印	受付	・	・
課長	担当総括者	担当員			起案	・	・
			担当		決裁	・	・
					交付	・	・