

平成 30 年度小城市幼稚園等利用案内（1号認定用）

★提出するもの



1. 平成 30 年度 支給認定申請書 兼 施設利用申込書（児童ごと）
2. 児童の保育・健康状況（児童ごと）
3. マイナンバー届出書（マイナンバー届出書提出用封筒に入れてご提出ください。）
（申請者（保護者）の個人番号の確認できる書類と本人確認が出来る書類が必要です。）

※詳細は届出書をご確認ください。

4. 保育料の算定に必要な書類（下記、家庭状況に該当する場合のみ）

家庭の状況	必要書類
ひとり親家庭の場合	「児童扶養手当証書（写）」または「ひとり親家庭等医療受給資格者証（写）」
同居の親族の中に障がい者等がいる場合	「障害者手帳（写）」または「療育手帳（写）」
兄弟が私学助成の幼稚園や特別支援学校の幼稚部等 又は児童発達支援等の制度を利用している場合	在学証明書
離婚調停中の場合	離婚調停中を証明する公的な書類（裁判所からの証明または期日呼出状）
平成29年1月1日に小城市に居住していなかった場合	・H29年度市町村民税課税証明書（前住所地で取得） （所得金額及び課税額の記載のある証明書のみ有効） 寄付金控除等を受けられている方は上記証明書以外に市町村民税の決定通知が必要です。

★平成 30 年度 支給認定申請書 兼 施設利用申込書の記入上の注意★

下記の点に注意して該当するすべての項目を記入してください。なお、同時に2人以上の申請・申込の場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いてください。

- ①「世帯の状況」は、同居しているすべての世帯員を記入してください。
- ②「利用希望期間」には、小学校就学始期に達するまでの期間を記入してください。
- ③「支給認定及び施設利用に関する同意書 兼 誓約書」は、必ず自筆で記入し押印してください。

○幼稚園の保育料は保護者の市民税額（所得割額）によって決定しますので、市民税の申告されていない方は申告を済ませてください。（扶養に入っている方も申告は必要です。）

☆未記入や必要な書類がない場合は受理できません☆

【問い合わせ先】
小城市教育委員会 保育幼稚園課
TEL0952-37-6109

【受付印】

受付者：

新規児童用①

平成30年度 支給認定申請書 兼 施設利用申込書
兼 児童台帳 (1号認定用)

(保護者氏名)

印

平成 年 月 日

佐賀県小城市長 殿

次の通り、施設型給付費・施設型保育給付費に係る支給認定を申請し、保育所・幼稚園等施設への入所について申し込みます。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生年月日 ※ 年齢はH30.4.1現在	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	平成 年 月 日生 (歳)	男・女	有・無
利用希望期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで			
保護者 住所・連絡先	(住所) 〒 - (連絡先) 父携帯： 母携帯： 自宅：			
希望施設名	理 由			
認定者番号				

①世帯の状況

区分	氏 名	子ども との続柄	生年月日	性別	職 業 又は 学校名等	障害者 手帳の 有無	備考
子どもの 世帯員	(ふりがな)	本人	年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女	個人番号	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女	個人番号	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女	個人番号	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女	個人番号	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女	個人番号	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女	個人番号	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女	個人番号	有・無	
世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 心身障がい者(児)がいる世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯						

※祖父母欄は同居別居の有無にかかわらず、記載してください。ただし、住所は市町名までの記載で構いません。

父方	祖父 氏名		祖母 氏名		住所		電話 番号	
母方	祖父 氏名		祖母 氏名		住所		電話 番号	
H29.1.1の住所地 (小城市以外の場合)					H30.1.1の住所地 (小城市以外の場合)			

○ 「入所のでびき」をよく読んでから記入して下さい。

○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

②支給認定及び施設利用に関する同意書 兼 誓約書

1. 市が支給認定に必要な市民税の情報(同居の親族を含む)及び世帯情報を閲覧することに同意します。
2. 特定教育・保育施設等に対して、この届で知り得た情報及び決定した内容について、提示することに同意します。なお、提示する内容は、決定施設が認定こども園または地域型保育の施設である場合には、利用者負担額を含みます。
3. 申請の内容に変更が生じた場合は、速やかに届けます。
4. 申請の内容に事実と異なる点があった場合、支給認定が取り消され、継続入所(園)を解除されても異議はありません。
5. 保育料は納期限内に納入します。理由なく滞納が続いた場合は退所(園)します。
6. 『平成30年度 支給認定申請・幼児教育施設入所のでびき(1号認定用)』を読み、記載事項に納得の上、申し込みます。

保護者氏名(父) _____ 印

保護者氏名(母) _____ 印

*市町村記載欄

受付年月日	平成 年 月 日				
認定の可否	支給(入所)の可否				
可・否 (否とする理由) 平成 年 月 日 認定	可・否 (否とする理由) 〔 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型〕				
支給認定期間①	支給認定期間②	支給認定期間③	契約期間①	契約期間②	契約期間③
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
入所施設(事業者)名					
〔 <input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事) <input type="checkbox"/> 第一希望施設と同施設 〕					
前期保育料				後期保育料	
合算者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母	合算者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母		
非課税の際の収入確認	<input type="checkbox"/> 103万以上 <input type="checkbox"/> 103万未満	非課税の際の収入確認	<input type="checkbox"/> 103万以上 <input type="checkbox"/> 103万未満		

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号: _____)
担当者氏名 連絡先	(担当者 連絡先
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定 (年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	

【受付印】
受付者：

平成30年度 支給認定申請書 兼 施設利用申請書
兼 児童台帳

保護者氏名は、代表者となりますので、世帯主もしくは、生計を維持されている方の氏名を記入してください。

(保護者氏名)

小城 太郎 (小城) 印

平成 29 年 11 月 22 日
佐賀県小城市長 殿

【 記 入 例 】

次の通り、施設型給付費・施設型保育給付費に係る支給認定を申請し、保育所・幼稚園等施設への入所について申し込みます。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生年月日 ※ 年齢はH30.4.1	H30年4月1日現在の年齢を 記入してください。	手帳の有無
	(ふりがな) おぎ いちろう 小城 一郎	平成26年 5 月 6 日生 (3 歳)	(男)・女	有・(無)
利用希望期間	平成 30 年 4 月 1 日 から 平成 33 年 3 月 31 日 まで			
保護者 住所・連絡先	(住所) 〒845-8511 小城市三日月町長神田2312番地2 (連絡先) 父携帯：090-0000-0000 母携帯：090-0000-0000 自宅：00-000			
希望施設名	〇〇〇幼稚園	理 由	自宅が近いから	
認定者番号				

①世帯の状況

区分	氏 名	子ども との続柄	生年月日	性別	この欄に個人番号の記載は不要です。
子 ど も の 世 帯 員	(ふりがな) おぎ いちろう 小城 一郎	本人	H26年5月6日生	(男)・女	有(無)
	(ふりがな) おぎ たらう 小城 太郎	父	S0年〇月〇日生	(男)・女	〇〇株式会社 有(無)
	(ふりがな) おぎ はなこ 小城 花子	母	S0年〇月〇日生	男(女)	〇〇株式会社
	(ふりがな) おぎ はなよ 小城 花代	姉	住民票を別にしていても同居の方は 全員記入してください。		小学校3年 有(無)
	(ふりがな) おぎ たらお 小城 虎雄	祖父	S0年〇月〇日生	(男)・女	農業 有(無)
	(ふりがな) おぎ くら 小城 梅子		〇日生	男(女)	農業 有(無)
	(ふりがな) 小城 〇〇		〇日生	男・女	有・無

世帯の状況で該当するものがあれば、ご記入ください。それぞれに確認できる資料の添付が必要です。

世帯の状況 ひとり親世帯 心身障がい者(児)がいる世帯 生活保護世帯 市町名までで構いません。

※祖父母欄は同居別居の有無にかかわらず、記載してください。ただし、住所は市町名までの記載は不要です。

父方	祖父氏名	小城 虎雄	祖母氏名	小城 梅子	住所	小城市	電話番号	〇〇-〇〇〇〇
母方	祖父氏名	桜 小次郎	祖母氏名	桜 友子	住所	佐賀市	電話番号	〇〇-〇〇〇〇
H29.1.1の住所地 (小城市以外の場合)		〇〇市						

○ 「入所のてびき」をよく読んでから記入して下さい。

H291.1以降に転入された方はご記入ください。H29.1.1の住所地から発行されるH29年度所得課税証明書の提出が必要です。

と書いて下さい。

②支給認定及び施設利用に関する同意書 兼 誓約書

1. 市が支給認定に必要な市民税の情報(同居の親族を含む)及び世帯情報を閲覧することに同意します。
2. 特定教育・保育施設等に対して、この届で知り得た情報及び決定した内容について、提示することに同意します。なお、提示する内容は、決定施設が認定こども園または地域型保育の施設である場合には、利用者負担額を含みます。
3. 申請の内容に変更が生じた場合は、速やかに届けます。
4. 申請の内容に事実と異なる点があった場合、支給認定が取り消され、継続入所はありません。
5. 保育料は納期限内に納入します。理由なく滞納が続いた場合は退所(園)します。
6. 『平成30年度 支給認定申請・幼児教育施設入所のでびき(1号認定用)』を認め、申請料に納付の上、申し込みます。

署名は、必ずご本人が記入してください。

保護者氏名(父)

小城 太郎

小城 印

保護者氏名(母)

小城 花子

小城 印

*市町村記載欄

受付年月日		平成 年 月 日			
認定の可否			支給(入所)の可否		
可・否 (否とする理由)			可・否 (否とする理由)		
平成 年 月 日 認定			〔 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型〕		
支給認定期間①	支給認定期間②	支給認定期間③	契約期間①	契約期間②	契約期間③
平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
入所施設(事業者)名					
〔 <input type="checkbox"/> 認定こども園(連 <input type="checkbox"/> 幼(幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事) <input type="checkbox"/> 第一希望施設と同施設〕					
前期保育料		後期保育料			
合算者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母	合算者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母		
非課税の際の収入確認	<input type="checkbox"/> 103万以上 <input type="checkbox"/> 103万未満	非課税の際の収入確認	<input type="checkbox"/> 103万以上 <input type="checkbox"/> 103万未満		

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日		平成 年 月 日	
施設(事業者)名	(事業所番号 :)		
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)		
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定 (年 月 日契約(内定)) ・ 無		
備考			

児童の保育・健康状況【新規申込の方のみ】

②

児童名	フリガナ	生年月日	平成 年 月 日生	性別	
これまでの 保育状況	1. 自宅で保育 児童をみている者 父・母・祖父・祖母・その他 ()				
	2. 職場へ同伴	3. 預けている 預け先 ()			
	4. その他 ()				
出生時体重		g	かかりつけ医		
体 質	ひきつけをおこしたことがありますか		いいえ	・ はい	回 (歳のころ)
	アレルギー体質ですか		いいえ	・ はい	(品目)
	食べ物に制限はありますか		いいえ	・ はい	(品目)
	風邪をひきやすいですか		いいえ	・ はい	()
	その他		()		
運 動	首のすわりはいつころですか		ヶ月ころ		
	最初に歩いたのはいつですか		歳	ヶ月ころ	
	手足の運動で気になるところはありますか		いいえ	・ はい	()
眼・ 耳・ 言語	眼		よく見える	・ あまり見えない	
	耳		よく聞こえる	・ あまり聞こえない	
	記入 不用 0 歳児	まわりの話	よくわかる	・ あまりわからない	
		話すこと	できる	できない(簡単な言葉しか話さない・全く話さない)	

乳幼児健診について					
最近受けたもの	歳	ヶ月	検診を受けた	・ 受けていない	
1歳6ヶ月検診			受けた	・ 受けていない	
3歳6ヶ月検診			受けた	・ 受けていない	
何か言われたことがありますか	ない	・ ある	()		
入院したことはありますか	ない	・ ある	(歳のころ、期間 :	()	
	(病名 :)				
現在治療中の病気がありますか	ない	・ ある	(病名 :)		
身体障がい・事故後遺症がありますか	ない	・ ある	(病名)		
※あるの場合、手帳の取得はありますか	ない	・ ある	(療育手帳・身体障害者手帳 級)		
日常生活で心配なことがありますか	ない	・ ある	()		

※この個人情報、お子様の保育の円滑な実施のため、入所した園へ情報提供させていただきます。

マイナンバー届出書

支給認定及び施設利用申込に係る申請につき、以下のとおり個人番号の記載をします。

(あて先) 小城市長

申請者氏名 _____

住 所 _____

	氏名	マイナンバー	児童生年月日
申請者			/
	※番号確認及び身元確認が必要です。(申込書の保護者を記入してください。)		
申請児童			H 年 月 日
			H 年 月 日
			H 年 月 日
同居世帯員			/
			/
			/
			/
	※記載が必要な同居世帯員 ・申請者の配偶者(単身赴任中の方含む) ・父母以外の方が家計の主宰者となる場合には、家計の主宰者(祖父母等)		

〈マイナンバーを記載するにあたり以下の書類が必要になります〉

※申請においては、家族全員のマイナンバーの記載をお願いしておりますが、窓口においては、申請される保護者の書類のみ確認します。窓口にお越しにならない方は、裏面に糊付けして提出してください。

①番号の確認・・・「個人番号カード(顔写真入り)」もしくは「個人番号通知カード(顔写真なし)」

②本人確認・・・顔写真付きの証明書(運転免許証、パスポート、住民基本台帳カード、在留カード等)

※顔写真付きの証明書をお持ちでない方は、健康保険証、年金手帳、児童扶養手当証書、児童扶養手当証書等のうち、2点が必要です。

※①において、顔写真入りの個人番号カードを提示(貼付)された場合は不要です。

(ここより下は記入しないでください)

・番号受理者使用欄(以下の手順で受理します。)

<input type="checkbox"/> 記載されている番号が正しい番号であることを確認した。(番号確認)
<input type="checkbox"/> 申請者が番号の正しい持ち主であることを確認した。(本人確認)
確認者サイン _____
小城市使用欄

マイナンバー確認書類貼付用紙

①マイナンバー(個人番号)確認書類(コピー)(申請者分)

★「個人番号カード(顔写真入り)」もしくは「個人番号通知カード(顔写真なし)」

②本人確認書類(コピー)貼付欄 (申請者分)

★顔写真付きの証明書(運転免許証、パスポート、住民基本台帳カード、在留カード等)

※顔写真付きの証明書をお持ちでない方は、健康保険証、年金手帳、児童扶養手当証書、児童扶養手当証書等のうち、2点が必要です。

★①で顔写真入りの個人番号カードを貼付された場合は不要です。