

報告第 45 号

小城市子ども・子育て支援法施行細則の一部を改正  
する規則

このことについて、別紙のとおり報告する。

令和 4 年 1 月 27 日

小城市教育委員会 教育長 大野 敬一郎

報告理由

申請様式の押印見直しにより細則を改正したため報告する。



小城市規則第 31 号

小城市子ども・子育て支援法施行細則の一部を改正する規則をここに  
公布する。

令和 3 年 12 月 27 日

小城市長

江里口秀次

## 小城市規則第 31 号

小城市子ども・子育て支援法施行細則の一部を改正する規則

小城市子ども・子育て支援法施行細則（平成 27 年小城市規則第 25 号）の一部を次のように改正する。

様式第 3 号を次のように改める。

【受付印】

受付者：

支給認定申請書兼施設利用申込書兼児童台帳

(保護者氏名)

年 月 日

佐賀県小城市長 殿

次のとおり、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。

入所児童	(ふりがな)	生年月日 ※年齢は4.1現在	性別	障害者手帳の有無
	個人番号	年 月 日生 ( 歳児)	男・女	有・無
利用希望期間	から		まで	
利用枠(※)	<input type="checkbox"/> 地域枠 ・ <input type="checkbox"/> 従業員 ※事業所内保育施設のみ記入をお願いします。			
希望する保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 ・ <input type="checkbox"/> 保育短時間		認定者番号	
保護者住所・連絡先	(住所) ー ー (連絡先) 父携帯： 母携帯： 自宅：			
希望施設名及びその理由	第1希望	(理由)	(見学) 済・未	※第5希望まで記入している方のみ記入して下さい。 左記の希望保育施設に入所できない場合、他の保育施設を希望する。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない(希望施設で待つ)
	第2希望	(理由)	(見学) 済・未	
	第3希望	(理由)	(見学) 済・未	
	第4希望	(理由)	(見学) 済・未	
	第5希望	(理由)	(見学) 済・未	

①世帯の状況

○「入所のてびき」をよく読んでから記入してください。○字は楷書ではっきりと書いてください。

区分	氏名	入所児童との続柄	生年月日	性別	勤務先 又は 保育園名・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)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
世帯の状況	ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		心身障がい者(児)がいる世帯 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 出産予定有 (出産予定日： 年 月 日)	

※祖父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、住所は市町村名までの記載で構いません。

父方	祖父氏名		祖母氏名		住所	市・町・村	電話番号	
母方	祖父氏名		祖母氏名		住所	市・町・村	電話番号	
(小城市以外の場合)		父：	都府道	市・町・村	(小城市以外の場合)		父：	都府道
(小城市以外の場合)		母：	都府道	市・町・村	(小城市以外の場合)		母：	都府道

(裏面も記載してください。)

\*市町村記載欄

在園児きょうだい 有・無  
0. 1. 2. 3. 4. 5

基準点	父	母	調整点数	計
-----	---	---	------	---

②保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	

③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。  
 ※マイナンバーを利用し、地方税等の取得を行う場合があります。

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又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. 申請の内容や保育の必要性(保護者、勤務等)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. 保育の必要性は申請内容が現況であり、入所(園)時点で既に在園しているきょうだい児の保育認定内容が異なる場合は変更を申請します

7. 『支給認定申請・保育施設入所のでびき』を読み、記載事項に納得の上、申し込みます。

保護者氏名(父).....

保護者氏名(母).....

\*メモ欄

年月日	児童との続柄	来庁・電話	対応職員	内 容

様式第 9 号を次のように改める。

【受付印】

受付者：

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定兼特定教育・保育施設入所現況届

(保護者氏名)

年 月 日

佐賀県小城市長 殿

次のとおり、施設型給付費・施設型保育給付費に係る現況届を申請し、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4.1現在	性別	在園施設名
	(ふりがな)	年 月 日生 ( 歳児)	男・女	※事業所内保育施設在園児のみ○で囲んでください。 地域枠 ・ 従業員枠
利用希望期間	から			
希望する 利用時間	利用曜日	利用時間		
	月・火・水・木・金・土	時 分から 時 分まで		
希望する保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（8時間以上11時間未満）・ <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間未満）			
保護者 住所・連絡先	(住所)			
	(連絡先) 父携帯：	母携帯：	自宅：	
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。			

①世帯の状況

区分	氏名	子どもとの続柄	生年月日	性別	勤務先名 又は 保育園名・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)	<b>本人</b>	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	
世帯の状況	ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		心身障がい者（児）がいる世帯 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 出産予定有 (予定日： 年 月 日)	

※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、住所は市町村名までの記載で構いません。

父	祖父 氏名		祖母 氏名		住所	市・町・村	電話 番号	
母	祖父 氏名		祖母 氏名		住所	市・町・村	電話 番号	
(小城市以外の場合)	父：	都府県	市・町・村	(小城市以外の場合)	父：	都府県	市・町・村	
(小城市以外の場合)	母：	都府県	市・町・村	(小城市以外の場合)	母：	都府県	市・町・村	

②保育の利用を必要とする理由等

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	

③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。  
 ※マイナンバーを利用し、地方税等の取得を行う場合があります。

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又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. 申請の内容や保育の必要性(保護者、勤務等)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. 保育の必要性は申請内容が現況であり、入所(園)時点で既に在園しているきょうだい児の保育認定内容が異なる場合は変更を申請します

7. 『更新手続きのてびき』を読み、記載事項に納得の上、申し込みます。

保護者氏名(父).....

保護者氏名(母).....

\*メモ欄

年月日	児童との続柄	来庁・電話	対応職員	内 容



様式第 13 号から様式第 15 号まで、様式第 17 号及び様式第 74 号の規定中「㊦」を削る。

附 則

この規則は、令和 4 年 1 月 1 日から施行する。

年 月 日

小城市長 様

住所  
氏名

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定証再交付申請書

次の理由により、支給認定証の再交付を申請します。なお、再交付を受けた後、紛失した支給認定証を発見したときは、速やかにこれを返還します。

	氏名	生年月日	子どもとの続柄	性別
再交付申請に係る子ども	(ふりがな)	年 月 日	/	男・女
保護者	(ふりがな)	年 月 日		男・女
	(ふりがな)	年 月 日		男・女
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

年 月 日

小城市長 様

住所  
氏名

### 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定証返還届

次の理由により、支給認定証を返還します。

	氏名	生年月日	子どもとの続柄	性別
返還に係る子ども	(ふりがな)	年 月 日	/	男・女
保護者	(ふりがな)	年 月 日		男・女
	(ふりがな)	年 月 日		男・女
返還の理由				

年 月 日

小城市長 様

住所  
氏名

### 利用者負担額軽減申請書

次の理由により、利用者負担額の軽減について申請します。

	氏名	生年月日	子どもとの続柄	性別
支給認定子ども	(ふりがな)	年 月 日	/	男・女
保護者	(ふりがな)	年 月 日		男・女
	(ふりがな)	年 月 日		男・女
軽減の事由				

※ 軽減事由を証する書類を添付すること。

年 月 日

小城市長 様

住所  
氏名

## 施設型給付費・地域型保育給付費等支給申請書

次の事由により、施設型給付・地域型給付を受けたいので申請します。

	氏名	生年月日	子どもとの続柄	性別
給付に係る子ども	(ふりがな)	年 月 日	/	男・女
保護者	(ふりがな)	年 月 日		男・女
	(ふりがな)	年 月 日		男・女
給付の理由				
添付書類	特定教育・保育等提供証明書 その他市長が必要と認めるもの			

年 月 日

小城市長 様

住所  
氏名

### 特定保育所保育料額軽減申請書

次の理由により、特定保育所保育料額の軽減について申請します。

	氏名	生年月日	子どもとの続柄	性別
支給認定子ども	(ふりがな)	年 月 日	/	男・女
保護者	(ふりがな)	年 月 日		男・女
	(ふりがな)	年 月 日		男・女
軽減の事由				

※ 軽減事由を証する書類を添付すること。