### 令和6年度 施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

( 兼現況届出書 ) [ □新規 ・ □変更 ]

記入日	<b>在</b>		
記入口	<u> </u>	н	п

江北町長 様

江北町教育委員会 教育長

保護者(又は法人)代表者氏名

印

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

申請に係る		E	f. 名				<u>\$</u>	<del></del> 生年月	B	:	年齢	性	別	障害者手帳 の有無
小学校就学	ふりがな										歳			
前子ども	氏名						年	F	l E		年4月1日現在		・□女	│□有・□無
保護者住所	佐賀県										(地区名	)	保護	者との続柄
(又は法人所在)		r <del>ia</del>						Bマム \-	= <i>0.b. 1</i> ↓				\•/=	700000
連絡先		<mark>宅</mark>				緊急連絡先     -     -       母の携帯     -     -						<b>*</b>	認定者番号	
加去るそれ	父の携帯		~ +b >>>	-	-	/n <del> </del> = r	· ^~ 1 = +		37 3 112	n + ×+n + →	HA (1) ## FF	Mr. 1 // mr 15		`
保育の希望	□有 □ fr									用を希望する	<b>場合(幼稚園</b>	等と併願の場	合を含む	?)
の有無	□無		等の利用で							<del></del>				
入園希望施設	□幼稚園		保育園 ビ (ロル		□認定こ						5₩=C+1/D3	<del>'-</del> '		
①世帯の状況		百 争 来 凡	<b>π (□小</b>	<b>况</b> (尺)	枝頁・□	<b></b>	州末育			型保育・□事			N.ア =コ	 載してください。
			児童との	ס						勤務先		おかれますに、	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
	氏 名		続柄		生年	月日		性	別	学校名		課税の有無		備考
ふりがな <b>氏名</b>					年	月	日	□男	・□女			□有・□無		
ふりがな 氏名					年	月	B	□男	・□女			□有・□無		
ふりがな 氏名					年	月	目	□男	・□女			□有・□無		
ふりがな 氏名					年	月	日	□男	・□女			□有・□無		
ふりがな 氏名					年	月	B	□男	・□女			□有・□無		
ふりがな 氏名					年	月	日	□男	・□女			□有・□無		
ふりがな 氏名					年	月	日	□男	・□女			□有・□無		
	家庭の状況				とり親家	庭				者同居世帯	V			)
生活	保護の適用の	D有無		_	用なし		□適	用あり		年			護開始)	
				続柄		(		年	月	日移転)	旧住所	<b>ਜ</b>	・郡	町、
	過去2年以内				マイナン	バー		(		= **-\	18.0 ==	-		)
住所を	変更した場合	<b>à</b> (%)		続柄 _	母 マイナン	(		<b>年</b>	月	日移転)	旧住所	7	・郡	<b>町</b>

- ※別居の父母の場合は、備考欄に住所とマイナンバーを記載してください。その他、特に配慮が必要な内容があれば記載してください。
- ※生年月日は、和暦でご記入ください。多子軽減の判定に必要なため、小学生の場合は、学年についても記入してください。
- ※過去2年以内に住所変更した場合にマイナンバーをご記入ください
- ②利用を希望する期間・希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間		年	月	日 から	年	月	日	まで
利用を希望する	第1希望				(理由)			
施設(事業者)名 及び希望の理由	第2希望				(理由)			
次で 順王が住田	第3希望				(理由)			

\*欄は、記載不要です。 (裏面も記載してください)

#### ③保育の利用を必要とする理由など

※保護者の就労等の理由により、保育園などで保育の利用を希望する場合に記載してください。

	続柄	必要とする理[	<u> </u>	備考
		□就労( <u>ひと月あたり</u> の就労時間約 時間)	□妊娠・出産	
	父	□疾病・負傷・障害 □同居親族の介護・看護	□災害復旧	
		□求職活動 □就学・職業訓練 □その他(	)	
		□就労( <u>ひと月あたり</u> の就労時間約 時間)	□妊娠・出産	
保育の利用を	母	□疾病・負傷・障害 □同居親族の介護・看護	□災害復旧	
必要とする		□求職活動 □就学・職業訓練 □その他(	)	
理由		□就労( <u>ひと月あたり</u> の就労時間約 時間)	□妊娠・出産	
		□疾病・負傷・障害 □同居親族の介護・看護	□災害復旧	
		□求職活動 □就学・職業訓練 □その他(	)	
		□就労( <u>ひと月あたり</u> の就労時間約 時間)	□妊娠・出産	
		□疾病・負傷・障害 □同居親族の介護・看護	□災害復旧	
		□求職活動 □就学・職業訓練 □その他(	)	
希望する		利用したい曜日	利用したい時間(参	
利用時間		曜日 から 曜日 まで	時から ほ	まで

### ④税情報等の提供にあたっての署名欄

江北町が、施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に関し、必要な市町村民税の情報(同一世帯の者も含む)及び世帯情報を 閲覧すること、及びその情報に基づいて決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者代表者氏名

印

#### ◇メモ欄

◇メモ欄				
年月日	児童との	来庁・	対応職員	内容
十万日	続柄	電話	71/心戦只	r3 <del>H</del>

### 令和6年度 施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

( 兼現況届出書 )

□	Γ	□新規	•	□変更	٦
---	---	-----	---	-----	---

記入日 年 月 日

江北町長 様

江北町教育委員会 教育長

様

保護者(又は法人)代表者氏名 <u>江北 A郎</u> 印

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

(株護者住所 (又は法人所在)       佐賀県 杵島郡江北町大字○○○ ○○アパート○号室 (地区名 ○○ )	□有・□無 との続柄 E者番号								
保護者住所 (又は法人所在)       佐賀県 杵島郡江北町大字〇〇〇 〇〇アパート〇号室 (地区名 〇〇 )       保護者 は (地区名 〇〇 )         連 格 先       自 宅 ○○○○-△△-□□□□ 緊急連絡先 ○○○-△△-□□□□ ※認定									
(又は法人所在)       佐貝県 付島都江北町入子〇〇〇〇 〇〇ノハート〇号至 (地区名 〇〇 )         連格先       自宅 ○○○○-△△-□□□□ 緊急連絡先 ○○○○-△△-□□□□ ※認定         文の携帯 ○○○○-△△-□□□□ 母の携帯 ○○○○-△△-□□□□									
連絡 先       父の携帯       〇〇〇〇-△△-□□□□       母の携帯       〇〇〇〇-△△-□□□□	者番号								
	1								
<mark> 保育の希望 </mark> □有    保護者の就労等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む)									
の有無									
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □									
①世帯の状況	 てください。								
	考								
よりがな       こうほく A5う         氏名       江北 A郎       父       〇〇年〇〇月〇〇日       □男・□女       〇〇株式会社       □有・□無									
よりがな       こうほく Cラ         氏名       江北 C子       母       ○○年○○月○○日       □男・□女       なし       □有・□無									
よりがな       こうほく Dみ         氏名       江北 D美         姉       ○○年○○月○○日         □男・□女       ○○中学校         □有・□無									
よりがな       こうほく Eいち         氏名       江北 E —         兄       〇〇年〇〇月〇〇日         □男・□女       ○○小学校〇年生         □有・□無									
ふりがな     こうほく Fよ       氏名     江北 F代       祖母     ○○年○○月○○日       □男・□女     なし       □有・□無									
ふりがな 氏名 年 月 日 □男・□女 □有・□無									
5-9 f/x 氏名									
家庭の状況 □ひとり親家庭 □障害児又は障害者同居世帯(氏名 江北 F代	)								
生活保護の適用の有無 □適用なし □適用あり ( 年 月 日保護開始)									
続柄 父 ( 令和3年10月1日移転 ) 旧住所 □□ 市・郡 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	町								
過去2年以内に マイナンバー ( ○○○○一○○○ ) 住所を変更した場合(※) 続柄 母 ( 令和3年10月1日移転 ) 旧住所 □□ 市・郡	町								
	щј								

- ※別居の父母の場合は、備考欄に住所とマイナンバーを記載してください。その他、特に配慮が必要な内容があれば記載してください。
- ※生年月日は、和暦でご記入ください。多子軽減の判定に必要なため、小学生の場合は、学年についても記入してください。
- ※過去2年以内に住所変更した場合にマイナンバーをご記入ください
- ②利用を希望する期間・希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間		令和	6	年	4	月	1	B	から		令和	7	年	3	月	31	日	まで
		利用希望の優先順に記載してくだ。						くださ	い。									
利用を希望する	第1希望			(	00	幼稚	遠			(理由	)			自写	きから	ら近し	ため	)
施設(事業者)名及び希望の理由	第2希望			0	03	とども	遠			(理由	)			通	勤途	中の	ため	
次5 和至5 在出	第3希望									(理由	)							

\*欄は、記載不要です。 (裏面も記載してください)

### ③保育の利用を必要とする理由など

※保護者の就労等の理由により、保育園などで保育の利用を希望する場合に記載してください。

	続柄	必要とする理(	₫	備考
		□就労( <u>ひと月あたり</u> の就労時間約 時間)	□妊娠・出産	
	父	□疾病・負傷・障害 □同居親族の介護・看護	□災害復旧	
		□求職活動 □就学・職業訓練 □その他(	)	
		□就労( <u>ひと月あたり</u> の就労時間約 時間)	□妊娠・出産	
保育の利用を	母	□疾病・負傷・障害 □同居親族の介護・看護	□災害復旧	
必要とする		□求職活動 □就学・職業訓練 □その他(	)	
理由		□就労( <u>ひと月あたり</u> の就労時間約 時間)	□妊娠・出産	
		□疾病・負傷・障害 □同居親族の介護・看護	□災害復旧	
		□求職活動 □就学・職業訓練 □その他(		
		□就労( <u>ひと月あたり</u> の就労時間約 時間)	□妊娠・出産	
		□疾病・負傷・障害 □同居親族の介護・看護	□災害復旧	
		□求職活動 □就学・職業訓練 □その他(	)	
希望する		利用したい曜日	利用したい時間(参	>考)
利用時間		曜日 から 曜日 まで	時から	きまで こうしゅう

### ④税情報等の提供にあたっての署名欄

江北町が、施設	と型給付費・地域型	型保育給付費等の支給認定	に関し、必要	な市町村民	税の情報(	同一世帯の都	音も含む)	及び世帯情報を
閲覧すること、ス	なびその情報に基っ	びいて決定した利用者負担	額について、	特定教育・	保育施設等	に対して提示	<b>示すること</b>	に同意します。
			保護者	<b>省代表</b> 者氏名	<b>4</b>	江北	A郎	印

#### ◇メモ欄

◇メモ欄				
年月日	児童との 続柄	来庁・ 電話	対応職員	内容
	456113	-6111		

#### 『支給認定申請書 兼 現況届出書』 記入上の注意

この書類は、保護者が次の点に注意して記入の上、江北町役場こども教育課に提出して下さい。なお、2人以上の児童について同時に申請を行う場合は、それぞれの児童ごとに1枚の申請書を用いて下さい。

- 1 『氏名』にふりがなを付して、『性別』・『障害者手帳の有無』・『保育の希望の有無』・『入園希望施設』の欄は、該当するものに☑を記載してください。
- 2 「障害者手帳」とは、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳等をいいます。
- 3 『保護者住所』・『連絡先』の欄は、連絡先が複数ある場合は、すべて記載してください。
- 4 『認定者番号』の欄は、既に支給認定を受けている場合にのみ記載してください。
- **5** 『保育の希望の有無』の欄で『有』を選択した場合は①~④に、『無』を選択した場合は①、②、④に記載して下さい。
- 6 「保育所等」は保育園・認定こども園(保育園)・地域型保育事業所、「幼稚園等」は幼稚園・認定こども園(幼稚園) を指します。
- 7 ①『世帯の状況』の欄は、申請児童以外の両親(別居の父母の場合は、備考欄に住所を記載してください。その他、 特に配慮が必要な内容があれば記載してください。)及び同居している親族等の全員について記入してください。
- 8 『性別』・『市町村民税課税の有無』・『家庭の状況』・『生活保護の適用の有無』の欄は、該当するものに☑を記載してください。
- 9 利用者負担額の決定のためにマイナンバーが必要となりますので、必ず記入して下さい。
- 10 ②『利用を希望する期間』の欄は、施設の利用を希望する期間を記入して下さい。
- 11 ②『利用を希望する施設名』の欄は、入園を希望する順に施設名を記入し、希望する理由(例えば、既に兄弟が利用しているため、距離が近いため等)を記入して下さい。
- 12 ③『保育の利用を必要とする理由など』の欄は、表面の『保育の希望の有無』の欄で『有』を選択した場合にのみ記載して下さい。
- 13 保育の利用を必要とするとは、両親のいずれもが次の(ア)から(ク)のいずれかの事情にある場合です。
  - (ア) 就労等 保護者が就労により、その児童の保育ができない場合
  - (イ) 妊娠・出産 保護者が出産のため、その児童の保育ができない場合
  - (ウ) 疾病・障害 保護者が病気・負傷・障害のため、その児童の保育ができない場合
  - (エ) 介護等 保護者が同居又は長期入院・入所している親族の介護・看護にあたっているため、その児童

の保育ができない場合

- (オ) 災害復旧 災害により、その復旧の間、児童の保育ができない場合
- (カ) 求職活動 保護者が求職活動(起業準備を含む)を行っているため、その児童の保育ができない場合
- (キ) 就学・職業訓練 保護者が就学や職業訓練のため、その児童の保育ができない場合
- (ク) その他 虐待やDVの恐れや、育児休業取得中などによりその児童の保育ができない場合
- 14 ③『保育の利用を必要とする理由など』の欄は、表面の①『世帯の状況』の欄に記入した世帯員のうち、両親(15 又は16に該当する場合はその世帯員も)ごとに、保育が必要な理由を13の(ア)から(ク)のいずれに該当するかを判断して、該当する全ての□に☑を記載し、その具体的な状況について備考欄に記入して下さい。
- 15 「父母の収入がいずれも103万円以下」の場合、または「ひとり親世帯」の場合は、同居する祖父母等についても記載してください。
- 16 同居する祖父母についても記載してください。
- 17 『必要とする理由』の欄が「就労」の場合は、ひと月あたりの就労時間を必ず記載してください。
- 18 ④『税情報等の提供にあたっての署名欄』は、記載の内容を確認のうえ、署名・捺印して下さい。

#### 【留意事項】

支給認定及び施設への入園にあたっては、

- (ア) 保育の必要性の認定基準に該当しないため、希望する認定が受けられない場合
- (イ) 希望者が多数いるため、希望する施設に入園できない場合
- (ウ) 保育の実施基準の該当事由により利用期間の希望に添えない場合

などがあります。あらかじめご了承下さい。

## 幼稚園納付誓約書 兼調査等の同意書

江北町長 様 江北町教育委員会 教育長様

私は、幼稚園へ納める給食費に関し、納期限内に納付することを誓約します。

また、下記事項に同意いたします。

- 1 副食費に係る要件について、私及び私の世帯員の状況を江北町が調査することを承諾します。
- 2 給食費に未納がある時は、滞納処分のための扶養義務者の税情報及び住民記録等の調査に同意します。
- 3 給食費に未納がある時は、納付相談します。行政側の呼びかけに応じない場合は、 入所児童の祖父母に連絡することに差し支えありません。
- 4 給食費に未納がある時は、児童手当による分割納付に応じます。
- 5 給食費を滞納した場合は、地方税法の滞納処分の例により差し押さえ等の処分を受けても異議ありません。

年	月	Ħ	
住	所		
保護者氏	:名(父)		(F)
保護者氏	:名(母)		(FI)

※署名は、必ずご本人が記入してください。 ※印鑑は、それぞれ違うものを使用してください。

※調査結果等については、幼稚園業務以外の目的に使用することはありません。

江北町教育委員会 こども教育課 子育て支援係 電話:0952 (86) 5623

# 児童の保育・健康状況

フリガナ			生年月日	性別
児童名			年 月 日	
□ 自宅で保育 児童を見ている者□ 父□ 母□ 祖父□ 祖母□ その他 ( )				
<ul><li>これまでの 保育状況</li><li>保育状況</li><li>□ その他 (</li></ul>				
言 まわりの話 □ わかる □ わからない		□小便は自立しているが、大便は不完全		
簡単な質問に答えること □ できる □	排	□大便は自立しているが、小便は不完全		
食 □ 自分でできる □ 少しできる □ できな	池 池	□予告するが、介助が必	要	
事 □ はし □ スプーン・フォーク □ 手づか	み	□予告せず、すべて介助が必要		
□ 自立している		□おむつをしている		
着 着れるが、ボタンができない		普通に歩き、走ること	ができる	
有	歩	┃ □歩いたり、走ることが	うまくできない	
衣	<	┃ □ 一人立ち、一人歩きが	やっとできる	
□ すべてに介助が必要		□   座ること、這うことが	できる程度	
	かかりやすい症状はありますか □ いいえ □ はい ↓			
体質・病気	□ 風邪をひきやすい □ 気管支炎になりやすい □ 肺炎になりやすい □ アトピー性皮膚炎			
	□ 下痢をしやすい □ 中耳炎になりやすい □ 喘息を起こしやすい □ 鼻血が出やすい			
	<ul><li>□ 脱臼しやすい (部位:</li><li>□ その他 (</li></ul>			
	今までに大きな病気やけがになったことはありますか □ いいえ □ はい コ			
	【 歳 か月】 病名 ( ) 医療機関名 ( )			
	現在、定期的に受診している病気やけがはありますか □ いいえ □ はい コ			
	病名 ( ) 医療機関名 ( )			
ア	食 □ なし □ あり → □ 卵 □ 牛乳 □ 小麦 □ 大豆 □ その他 ( )			
レルギ	物 アナフィラキシーの既往 □ なし □ あり →発症年齢 【 歳 か月】			
	そ 薬品・植物・ペット等、食物以外のアレルギーがありますか			
身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか				
□ いいえ □ はい → □ 身体障害者手帳 ( 級) □ 療育手帳 □ 特別児童扶養手当				
健 受診した健診に <b>☑</b> をつけてください				
診 □ 乳児健診 □ 1歳6か月健診 □ 2歳6か月健診 □ 3歳健診				
健康診断や医療機関などの受診で保健師や医師から助言または指導を受けたことがあればご記入ください				
その他、日常生活や健康上で気になることがあればご記入ください。				

この個人情報は、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。