

# 平成30年度 支給認定申請書 兼 保育施設等利用申込書

## 記入例(表面)

(あて先) 福岡市 中央区 福祉事務所

誓約・同意の内容をご確認のうえ、下記誓約承認欄に押印をお願いします。

フリガナ  
申請者

博多 次郎

(誓約)

私(申請者)は、以下の①～③の項目に同意した上で、支給認定及び保育施設等の利用に係る申請について関係書類を添えて申し込みます。

- ①利用者負担額決定に際し、地方税法等に係る諸帳簿、台帳を確認されること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額に同意すること。
- ②4月1日からの利用に係る支給認定申請の結果が平成30年1月、2月又は3月となること。
- ③利用を希望する保育施設等から重要事項の説明を受け、その内容を確認していること。

なお、虚偽の届出をした場合や必要書類を提出しない場合は、支給認定及び保育施設等の利用決定を取消しされ(退所させられて)も異議は申し立てません。

必ずフリガナを記入してください。

### ○住所・家族構成・連絡先

現住所		〒0000-0000 福岡市中央区 春日市〇〇町〇丁目〇番〇号		平成29年1月1日現在の住所が市外で、平成30年4月から8月に利用希望の方は、平成29年度市町村県民税課税証明書が必要です。 なお、平成30年1月1日現在の住所が市外で、平成30年9月以降利用希望の方は、平成30年度市町村県民税課税証明書必要となります。		平成 29年 11月 14日		
平成29年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外 ※市外の場合は、ご記入ください。	春日市〇〇町〇丁目〇番〇号		電話	自宅	〇〇〇-〇〇〇〇		
平成30年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ※市外の場合は、ご記入ください。	15歳以上の世帯構成員は、押印が必要です。 (自筆のサインでも可)			父の携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
児童から見た続柄	氏名	年齢	誓約承認	生年月日	職業・学年	母の携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
父	博多 次郎	35	博	昭和 〇〇・〇〇・〇〇	会社員	父の印	単身赴任など、保護者が市外在住の場合は住民票が必要です。	
母	博多 陽子	35	博	昭和 〇〇・〇〇・〇〇	パート	母の印	住所(別居の場合のみ記入) 春日市〇〇町〇丁目〇番〇号	
祖母	博多 佳子	62	博	昭和 〇〇・〇〇・〇〇	入院中			
兄	博多 一郎	5	印	平成 〇〇・〇〇・〇〇	あじさい保育園		現在、保育施設等を利用されている児童については、保育施設名を記入してください。	
	博多 恵子	1	印	平成 〇〇・〇〇・〇〇			利用希望のお子さんも記載が必要です。	
	博多 太郎	1	印	平成 〇〇・〇〇・〇〇			平成30年4月1日時点での年齢を記入してください。	

### ○利用希望児童

利用希望児童	フリガナ 氏名	博多 恵子	性別	男(女)	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	年齢	1歳	障がい・発達の違いまたは難病	有(無)	
	利用希望期間	(開始) 平成30年4月1日から	(終了)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで							
	現在の保育状況	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭内保育 <input type="checkbox"/> 職場内託児所 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 (現在通っている施設)	いつまで保育施設等の利用を希望するか記入してください。								
	フリガナ 氏名	博多 太郎	性別	男(女)	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	年齢	1歳	障がい・発達の違いまたは難病	有(無)	
利用希望期間	(開始) 平成30年4月1日から	(終了)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで								
現在の保育状況	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭内保育 <input type="checkbox"/> 職場内託児所 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 (現在通っている施設名)										
フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日		年齢	歳	障がい・発達の違いまたは難病	有・無		
利用希望期間	(開始) 平成 年 月 日から	(終了)		希望される保育施設をお子さんと一緒に見学し、面談を受けたうえでチェックしてください。							
現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 家庭内保育 <input type="checkbox"/> 職場内託児所 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 ( )										

希望保育施設名	1	あじさい保育園	<input checked="" type="checkbox"/> 面談済	<p>&lt;きょうだい児の申込について&gt;</p> <p>▼きょうだい児が既に入園している場合 きょうだい児が利用している保育施設以外に申込みがあった場合には、利用調整の結果、きょうだい児で異なる保育施設に利用決定となる場合があります。</p> <p>▼今回、きょうだい児2人以上同時に利用希望されている方にお尋ねします。 次のA又はBを選択してください。 ※Bを選択する場合は下記のいずれかにチェックしてください。 ※A 同じ保育施設等での利用を希望する。(異なる保育施設等では利用を希望しない。) ※B 下記のいずれかにチェックしてください。</p> <p>今回、きょうだい児2人以上同時に利用希望されている方は、必ずA又はBのいずれかにチェックしてください。(複数選択不可)</p> <p>異なる保育施設等であっても、きょうだい児全員が同時に利用できる場合は利用を希望する。(同時に利用できない児童がいる場合は利用を希望しない)</p> <p>※複数にチェックをされた場合やチェックがない場合は、Aを選択したものと判断いたします。</p>
	2	なかよし保育園	<input checked="" type="checkbox"/> 面談済	
	3	希望する順番に上から保育施設等名を書いてください。	<input type="checkbox"/> 面談済	
	4		<input type="checkbox"/> 面談済	
	5		<input type="checkbox"/> 面談済	
<p>※利用決定後に辞退されると、施設に迷惑がかかったり、同じ保育施設等を申込みされた他の方が利用できなくなる場合があります。希望保育施設等については十分に検討のうえ、利用する意志のある保育施設等を申込みいただくようお願いいたします。必ずしも第5希望まで申込み必要はありません。</p> <p>▼希望保育施設等をいずれにも決定とならなかった場合 □1 上記希望保育施設等を利用できるまで待つ。 □2 上記希望保育施設等以外の保育施設等を希望する。(要)。 □3 必ずいずれかにチェックしてください。(複数選択不可)</p> <p>※複数にチェックをされた場合やチェックがない場合は1で判断いたします。</p>				

※申込前に必ず、希望される保育施設等をお子さんと一緒に見学し、面談を受けてください。

▼ 利用を希望する曜日・時間帯 ※日曜日は保育を行わない施設があります。		※標準時間と短時間は希望されて		<b>記入例(裏面)</b>
曜日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	希望時間	<input type="checkbox"/> 保育短時間 <input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間	

※該当する区分にチェックをし、必要事項を記入してください。  
 ※父母の状況の証明となる書類(例: 就労証明書等)の添付が必要ですので、ご注意ください。  
 ※通勤・通学・通院時間については、自宅から職場・学校・病院までの時間を記載してください。

区分		父の状況		母の状況		
<input checked="" type="checkbox"/> 就労	就労状況	<input checked="" type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児休業取得中 (復職予定日 平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 就労先決定済 <input type="checkbox"/> 求職活動中・求職活動予定		<input type="checkbox"/> 就労中 <input checked="" type="checkbox"/> 育児休業取得中 (復職予定日 平成30年 4月 1日) <input type="checkbox"/> 就労先決定済 <input type="checkbox"/> 求職活動中・求職活動予定		
	勤務先住所					
	通勤方法	地下鉄からバス				
	通勤時間	片道	1時間	30分	片道	時間
<input type="checkbox"/> 就学	学校名					
	就学日数					
	就学時間					
	就学期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	通学方法					
	通学時間	片道	時間	分	片道	時間
<input checked="" type="checkbox"/> 出産	出産(予定)日	平成 29年 3月 5日				
	出産後の予定	<input type="checkbox"/> 就労予定なし <input type="checkbox"/> 求職活動予定 <input type="checkbox"/> 産休のみ : 平成 年 月 日復職 <input checked="" type="checkbox"/> 育児休業取得(予定) : 平成30年 4月 1日復職				
<input type="checkbox"/> 障がい	障がい名					
	手帳の交付	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B		
<input type="checkbox"/> 病気等	病名等					
	病院名					
	状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 常時安静が必要 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 常時安静が必要 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)		
<input type="checkbox"/> 介護・看護	介護・看護の対象者	氏名 続柄		氏名 続柄		
	介護・看護の状況	<input type="checkbox"/> 入院または通院している親族に付き添い <input type="checkbox"/> 居宅内介護看護		<input type="checkbox"/> 入院または通院している親族に付き添い <input type="checkbox"/> 居宅内介護看護		
	介護・看護の日数	1か月あたり ( ) 日		1か月あたり ( ) 日		
	介護・看護の時間	午前・午後 ( ) 時 ( ) 分 ~ ( ) 時 ( ) 分	午前・午後 ( ) 時 ( ) 分 ~ ( ) 時 ( ) 分	午前・午後 ( ) 時 ( ) 分 ~ ( ) 時 ( ) 分	午前・午後 ( ) 時 ( ) 分 ~ ( ) 時 ( ) 分	
	病名・障がい名					
	病院・施設名					
	介護保険の利用	<input type="checkbox"/> 有 (要介護・要支援 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 (要介護・要支援 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無		
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		
	通院方法					
	通院時間	片道	時間	分	片道	時間
<input type="checkbox"/> その他	災害復旧	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	父または母が同居していない理由	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任 ( <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 ) の場合 (住所		<input type="checkbox"/> 単身赴任 ( <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 ) の場合 (住所		
平成30年度幼稚園等の申込	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※希望した施設にチェックしてください。					
生活保護又は特定中国残留邦人等の支援給付	<input type="checkbox"/> 適用あり 担当 ( ) <input type="checkbox"/> 適用なし		<input checked="" type="checkbox"/> 障がい児(者)が同居している世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 該当する(障がい児(者)名 博多 一郎 ) <input type="checkbox"/> 該当しない			

自宅から勤務先までの通勤方法・通勤時間を必ずご記入ください。

出産の予定の場合は、出産後の予定を記入してください。

母子手帳のコピーが必要です。(表紙と分娩予定日のページ)

単身赴任の場合は、赴任先の住民票が必要です。

該当する場合は障害者手帳、特別児童扶養手当証書又は障害年金証書のコピーが必要です。