

申込書記入方法

施設型給付費・地域型給付費・地域型給付費守 又和認定申請書兼入所申込書

平成 年 月 日

保護者名の記載と押印

伊佐市 殿
()

保護者氏名



次のとおり、施設型給付費・地域型給付費申請児童名等を記入してください。

申請児童名等を記入

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生 年 月 日	性 別	障害者手帳の有無
	(フリガナ)	平成 年 月 日生	男・女	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
保護者 住所・連絡先	住 所 連絡先(自宅 - - -) (父:携帯 - - -) (母:携帯 - - -)			
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。			
保育の希望の 有無(※)	<input checked="" type="radio"/> 有: 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(幼稚園等と併願の場合を含む) <input type="radio"/> 無: 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)			

住所と電話番号を記入

- (※)・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。(以下同じ)
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
 ・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要な事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	氏 名	児童との 続 柄	生年月日	性 別	職 業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備 考
児童の 世帯員	(フリガナ)			男・女		有・無	
	()						
	()						
	()			男・女		有・無	
	()			男・女		有・無	
生活保護の適用の有無			<input checked="" type="radio"/> 適用無し	適用有り ()		平成27年4月1日から希望期間を記入	

申請児童以外の世帯員の状況を記入。きょうだいについては、学校名や保育所名等を記入

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	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
		事業所番号*

必ず第3希望まで、保育所と理由を記入すること。

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。* 定員より希望が多い場合は利用調整をします
 ○ 記入する必要はありません。
 ○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

③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。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input checked="" 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	・保育のできない保護者の続柄を記入 ・必要とする理由の該当欄にチェックを入れてください。 ・利用曜日と利用時間を記入
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> (具体的な状況(勤務先、就		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	曜日から	曜日まで	時から 時まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村(含む)及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき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。

保護者氏名 保護者名を記入・押印 印

(以下伊佐市および施設記載欄)

*市町村記載欄

受 可・否 (否) 可・否 (否) [□施 [□ [□ *施設 受 入所 備考	これ以降は記入する必要はありません。	号) 無
--	--------------------	---

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書兼入所申込書

平成 年 月 日

保護者氏名

印

伊佐市 殿

()

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 小学校就学前 子ども	氏 名 (フリガナ)	生 年 月 日 平成 年 月 日生	性 別 男・女	障害者手帳の有無 有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) (連絡先) () - () (父：携帯 - -) (母：携帯 - -)			
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。			
保育の希望の 有無(※)	有： 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(幼稚園等と併願の場合を含む) ----- 無： 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)			

- (※)・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。(以下同じ)
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
 ・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要な事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	氏 名	児童との 続 柄	生年月日	性 別	職 業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備 考
児童の 世帯員	(フリガナ)			男・女		有・無	
	()			男・女		有・無	
	()			男・女		有・無	
	()			男・女		有・無	
	()			男・女		有・無	
	()			男・女		有・無	
生活保護の適用の有無			適用無し ・ 適用有り (保護開始)				

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	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで		
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由		事業所番号*
	第1希望	(希望理由)	
	第2希望	(希望理由)	
	第3希望	(希望理由)	

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。*印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。
 ○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

③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。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
		<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))	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	曜日から	曜日まで	時から 時まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき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。	保護者氏名 _____ 印
--	---------------

(以下伊佐市および施設記載欄)

*市町村記載欄

受付年月日		
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
認定		
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)		自 至
〔 <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〕		
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) 〕		
備考		

*施設記載欄(施設(事業者)を經由して市町村に提出する場合)

受付年月日		
施設(事業者)名	(事業所番号: _____)	
担当者氏名	(担当者)	
連絡先	(連絡先)	
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定 (_____ 契約(内定))) ・ 無	
備考		

保育を必要とする証明書（就労証明書等）

(保育所名) 保育園	(保護者名)	(児童名)	(児童名)	(児童名)
-------------------	--------	-------	-------	-------

1 就労中（就労予定）の人及び自営業・農業の人

氏名	就労年月日 昭和・平成 年 月 日から就労（予定）		
仕事の内容	就労時間・日数 午前 時 分から 午後 時 分 まで (1日就労時間 時間 分) (1ヶ月平均就労日数 日)		
勤務形態	1 常勤 2 臨時・パート 3 その他 ()	1ヶ月就労時間 時間 分	
直近3ヶ月の 勤務日数	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	日	日	日
育児休業期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
※ 別紙「育児休業取得証明書」または「事業所が発行した育児休業中の辞令の写し」を添付してください。			
<p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>所在地.....電話番号.....</p> <p>事業所名.....</p> <p>代表者名.....⑩</p>			
<p>【民生委員の状況報告】（自営業・農業の人のみ）</p> <p>上記のとおり確認いたしました。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">民生委員.....⑩</p>			

2 内職をしている人

氏名	仕事の内容		
仕事をはじめた時期 昭和・平成 年 月 日	仕事時間 1日 時間	1ヶ月の従事日数 日	1ヶ月の仕事時間 時間
前3ヶ月の就労状況	単価 () 円×数量 ()・・・1月あたりの平均		
月 日間就労 円	月 日間就労 円	月 日間就労 円	円
<p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>事業主住所.....電話番号.....</p> <p>名 称.....⑩</p>			

（裏面に続く）

3 保護者の出産・病気・障がい等

疾病・出産者名		病名	
出産予定日	平成 年 月 日	出産予定	障がいの有無 有・無
通院・入院の期間	通院 週 回	入院 平成 年 月 日	～ 平成 年 月 日 予定
<p>【民生委員の状況報告】 上記のとおり確認いたしました。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">民生委員.....^印</p>			
添付書類：母子手帳の写し・診断書・介護認定書の写し・障害者手帳の写し・その他（ ）			

4 家族の看護・介護

病気等の家族名		児童との続柄	
病名等		看護期間	年 月 日から
通院・入院の期間	通院 週 回	入院 平成 年 月 日	～ 平成 年 月 日 予定
看護の状況			
<p>【民生委員の状況報告】 上記のとおり確認いたしました。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">民生委員.....^印</p>			
添付書類：診断書・介護認定書の写し・障害者手帳の写し・その他（ ）			

5 学校に通っている人（通う予定の人）

氏名		学校等の名称	
在学期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
添付書類：在学証明書またはそれにかわる証明書			

6 求職活動（3ヶ月の期限付き）

氏名		児童との続柄	
求職活動開始日	平成 年 月 日から		
求職活動日数	週 日	求職活動時間	1日 時間
添付書類：ハローワークカードの写し			

7 その他（災害等）

内容	
添付書類：罹災証明・意見書・その他（ ）	

保育所入所家庭調査票

この調査は、入所判定に使用するものですので、該当事項を記入してください。

保護者氏名			希望保育園名			
父の状況	1 家庭外就労 ・ 2 自営業 ・ 3 内職等 ・ 4 農業 ・ 5 その他()該当するものに○					
	勤務先名					
	所在地	TEL				
	仕事内容	常勤 ・ パート ・ その他()				
	就労時間	午前 時 分～ 午後 時 分まで (1日 時間)	1ヶ月就労日数 1ヶ月就労時間	日 時間		
母の状況	1 家庭外就労 ・ 2 自営業 ・ 3 内職等 ・ 4 農業 ・ 5 その他()該当するものに○					
	勤務先名					
	所在地	TEL				
	仕事内容	常勤 ・ パート ・ その他()				
	就労時間	午前 時 分～ 午後 時 分まで (1日 時間)	1ヶ月就労日数 1ヶ月就労時間	日 時間		
農林業の状況	経営規模	田 畑	アール	家 畜	頭	
		作物名				
a 出産等	出産(予定)日	平成	年	月	日	
b 保護者の疾病	病名	該当者名				
	障害の有無	有 ・ 無		障害者手帳の有無	有 ・ 無	
c 病人看護	病人氏名 (続柄)	病 名				
		障 害 名	続柄()			
d 就学等	学校名	在学期間		平成	年	月 日から
e 災 害	具体的内容					
f 求 職 中	内 定 ・ 未 定					
ひとり親世帯	死別 ・ 離別 ・ 行方不明 ・ 未婚 ・ その他()	期 間	平成	年	月 日から	
●平成26年1月1日現在の住所		1. 伊佐市 2. その他()				

※ 下記の欄も必ず記入してください。

祖父母の状況	父 方	住 所			生 計 (父母と)	同一・別
		祖父名	()歳	就 労 ・ 不 就 労	健康 ・ 病弱	
		祖母名	()歳	就 労 ・ 不 就 労	健康 ・ 病弱	
	母 方	住 所			生 計 (父母と)	同一・別
		祖父名	()歳	就 労 ・ 不 就 労	健康 ・ 病弱	
		祖母名	()歳	就 労 ・ 不 就 労	健康 ・ 病弱	

保育料連帯納付誓約書

伊佐市長 殿

私は、保育料を指定の納期までに納付することを誓約します。
この誓約を守らなかった場合は、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。

平成 年 月 日

◎保護者 住 所 _____
電話番号 () _____
氏 名 _____ (印) 続柄 _____
氏 名 _____ (印) 続柄 _____

入所児童の保育料について、保護者が滞納した場合は、私(連帯保証人)が責任をもって納入します。

◎連帯保証人 住 所 _____
電話番号 () _____
氏 名 _____ (印)
生年月日 _____
保護者との続柄 _____

注) 連帯保証人は原則伊佐市内または伊佐市近隣に在住の人であること。
未成年者は連帯保証人になれません。

18歳未満のお子さんが3人以上の世帯は、
「同意書」へご記入ください。
該当しない場合がありますのでご了承ください

「多子世帯保育料等軽減」について

(用語の定義)

「多子世帯」とは、満18歳未満の児童（ただし、18歳到達後、最初の3月31日までの間を含む。）を現に3人以上扶養している世帯をいう。

(内容：軽減のある世帯の条件)

次の1・2のどちらにも該当する世帯

- 1 多子世帯の満18歳未満の児童のうち、**3人目以降に該当する児童が保育所に入所している世帯**
- 2 前年分の所得税額が**40,000円未満の世帯**（扶養控除廃止前の旧税額）

(保育料徴収金額)

区 分	徴収金額
1人入所または2人以上同時入所の1人目	徴収基準額×2/3
2人以上同時入所の2人目	徴収基準額×1/4

	例1	例2	例3
1人目	小学生	小学生	保育所
2人目	小学生	保育所	保育所
3人目	保育所 対象	保育所 対象	保育所（無料）
4人目	保育所 対象		

注意：この軽減は鹿児島県多子世帯保育料等軽減事業として実施しています。
ただし、平成27年度の実施は決まっていません。
また実施される場合、該当する条件の変更する場合があります。

同 意 書

平成 年 月 日

保護者	住所	伊佐市		
	ふりがな 氏名	印		
	電話番号	(- -)		

伊佐市福祉事務所長 殿

多子世帯の保育料軽減について次のとおり提出します。なお、この申請に係るわたしの世帯の課税状況及び児童手当の受給台帳について、福祉事務所が税務課等で調査することに同意します。

認可保育所名

対象児童 (3子以降)	ふりがな 氏名	生年月日	年齢	性別	
			. .	歳	男・女
			. .	歳	男・女

◎ 入所児童の家庭の状況(対象児童を含めて記入すること)

区分	氏名	入所児童との続柄	生年月日	年齢	同居・別居の別	備考	※
入所児童の世帯員			. .	歳	同・別		
			. .	歳	同・別		
			. .	歳	同・別		
			. .	歳	同・別		
			. .	歳	同・別		
			. .	歳	同・別		
			. .	歳	同・別		
			. .	歳	同・別		

◎ 世帯の児童手当の受給状況

該当に○をつけてください

※欄は市町村が記入します。

児童手当を市町村から受給	
公務員のため職場で受給	

*** 市町村記入欄**

<所得認定>

<階層区分>

所得税	市町村民税均等割	市町村民税所得割
円		

市町村の階層	国の階層

< 確認資料等 >

(同時入所対応後)

◎世帯認定

チェック

- ・住民基本台帳
- ・児童手当データ
- ・児童手当受給者台帳(公務員)
- ・その他()

◎所得認定

- ・課税データ
- ・その他()

対象児童	軽減前保育料	軽減率	軽減後保育料	軽減額
第 子		1/3・1/2		
第 子		1/3・1/2		
適用期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日			

育児休業取得証明書

育児休業を 取得する者	氏名	
	住所	
育児休業を取得 する対象の子ども	氏名	
	生年月日	平成 年 月 日生
育児休業の 取得期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
復職予定年月日	平成 年 月 日	

上記のとおり、証明します。

伊佐市福祉事務所長 殿

平成 年 月 日

事業所所在地

事業所名

証明者(雇用主)

印

電話番号

この証明書は、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」(育児・介護休業法)に該当する労働者が取得する育児休業が対象となります。

(育児休業の対象となる労働者/同法第2条第1項、第5条第1項 抜粋)

1 育児休業ができる労働者は、原則として1歳に満たない子を養育する男女労働者であること

2 一定範囲の期間雇用者(同一事業主に継続して雇用された期間が1年以上の者であり、かつ子が1歳に達する日を超えて引き続き雇用されることが見込まれること

(平成17年4月改正)

(育児休業の対象とならない労働者/同法第6条第1項 抜粋)

日々雇用される労働者(同一事業主に継続して雇用された期間が1年に満たない者)、労使協定で定められた一定の労働者

※事業所で発行した育児休業中の辞令の写しがある場合は、この証明書を提出する必要はありません。

在所（園）証明書

施設名	
施設区分	※該当するものを○で囲んでください。 幼稚園 ・ 認定こども園 ・ 児童発達支援 その他（ ）
在所期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
児童名	
生年月日	平成 年 月 日
保護者名	
住所	

上記の児童が在所（園）していることを証明します。

平成 年 月 日

所在地

名称

代表者職・氏名

印

【在所証明書が必要な場合】

この在所証明書は、きょうだいで幼稚園等と保育所に通園する場合に必要となります。

【例】1子（幼稚園等に通園）、2子（保育園に通園）の場合

⇒幼稚園等から証明書をもらってください。