

(0～2歳児の保育料等を無料にするための申請書)

子育て支援のための保育料等無料化事業認定申請書

都城市長 宛て

※太線枠内のみを記入してください。裏面も記入してください。

※提出日を記入してください。

次のとおり保育料等無料化に係る認定を申請します。

提出日： 年 月 日

申請日		年 月 日		認定希望日 (施設利用開始日)		年 月 日		
申請者 (保護者)	フリガナ			住所	都城市			
	氏名			1.1現在 居住の市町村	父	市町村名	母	市町村名
	生年月日	年 月 日		住所が市外の場合 市内転入後の住所	都城市			
	連絡先(電話番号)							
	①父の携帯番号		②母の携帯番号		③自宅の番号			
	— —		— —		— —			
申請する 子ども	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男	続柄		
	氏名				<input type="checkbox"/> 女		生年月日 年 月 日	
認定種別	該当する□にレ点を付けてください。							
	<input type="checkbox"/> 申請する子どもは、申請年度の4月1日時点で3歳に達している				<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯に該当する			
<input type="checkbox"/> 申請する子どもは、申請年度の4月1日時点で3歳に達していない				保育課確認欄		課税承認 <input type="checkbox"/>		
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けてください。							
	父	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病障害等	<input type="checkbox"/> 介護看護	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動等	<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他	
母	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠出産	<input type="checkbox"/> 疾病障害等	<input type="checkbox"/> 介護看護	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動等	<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他	

下記の欄からはお子様が利用する項目（サービス等）の□にレ点を入れ、関連する内容についてご記入ください。

幼稚園の預かり保育の利用開始（予定）の満3歳に達した日以後の最初の3月31日までの間にある子どもである

利用(予定)施設名	利用開始(予定)日	年 月 日
-----------	-----------	-------

認可外保育施設、企業主導型保育施設、一時預かり事業、病児保育事業等を利用開始（予定）の0～2歳児の子どもである

施設又は事業所名	利用(予定)するサービスの種類	所在地	利用開始(予定)日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 企業主導型保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業	TEL: — —	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 企業主導型保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業	TEL: — —	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 企業主導型保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業	TEL: — —	年 月 日

<裏面も記入してください>

※太線枠内のみを記入してください。裏面も記入してください。

世帯の状況（同居者を全員記入してください。）

申請する子どもの保護者及び同居者 ※本人以外	フリガナ	子どもとの続柄	障がい手帳等	生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先
	氏名				
申請する子どもの保護者及び同居者 ※本人以外	1		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	
	2		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	
	3		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	
	4		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	
	5		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	
	6		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	
	7		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	
該当するところに ☑をつけてください	生活保護		<input type="checkbox"/> 生活保護受給中 <input type="checkbox"/> 生活保護申請中(年 月 日申請)		
	ひとり親家庭		<input type="checkbox"/> ひとり親医療受給中		<input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給中
			<input type="checkbox"/> ひとり親医療申請中(年 月 日申請)		<input type="checkbox"/> 児童扶養手当申請中(年 月 日申請)
	同一生計者が所持している手帳		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当		

祖父母の状況 ※児童の世帯と別居している祖父母の状況を記入してください

続柄	氏名	住所	電話番号
父方	祖父		— —
	祖母		— —
母方	祖父		— —
	祖母		— —

申請にあたっての同意事項

1. 無料化の認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求められることがあります。

2. 申請書等に記載した内容は、無料化の認定や無料化の給付に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者提供されることがあります。

3. 無料化の給付費は、認定を受けた保護者に代わり、施設・事業所の設置者に支給される場合があります。

4. 新年度4月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請日に関わらず、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。

5. 申請内容が事実と相違した場合は、無料化の認定を取り消すことがあります。

6. 提出した書類の内容に変更がある場合は、速やかに変更後の書類を提出しなければなりません。

上記項目について同意します。

申請者（保護者）名 _____ (署名又は記名押印)

※窓口職員記入

本人確認書類	確認者
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他()	

※保育課記入欄

	添付書類	期間	受付者	WEL+入力
		父		
	母			