

様式第1号

令和8(2026)年度 子どものための教育・保育給付支給認定申請書(1号認定用)兼利用申込書

曾於市長 宛

子ども・子育て支援法第20条の規定により同法第19条第1項第1号に掲げる小学校就学前子どもの保護者として、支給認定を次のとおり申請します。また、副食費の免除等の決定に関して課税情報(同居者を含む。)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副食費免除等について、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。

申込日	令和 年 月 日	保護者氏名 (申請者)	曾於 太郎		住所 〒899-8692 曾於市 末吉町二之方1980番地
日中連絡の取れる 連絡先 (電話番号)	①	0986-76-8870	②	0986-76-1111	
		父携帯・母携帯・その他()		父携帯・母携帯・その他()	

【利用希望児童・利用希望保育施設記入欄】※令和8年4月1日時点の年齢を記入して下さい。

支給認定 (利用希望)に係る児童	1人目	ふりがな	そお はなこ	生年月日	年齢	障害	利用開始希望時期	新規/継続
		氏名	曾於 花子	R 3年 2月 20日	5	有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 令和8年4月1日から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続
	2人目	ふりがな	そお じろう	生年月日	年齢	障害	利用開始希望時期	新規/継続
		氏名	曾於 二郎	R 5年 9月 12日	2	有・無	<input type="checkbox"/> 令和8年4月1日から <input checked="" type="checkbox"/> 令和 8年 9月 13日から	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
	3人目	ふりがな		生年月日	年齢	障害	利用開始希望時期	新規/継続
		氏名	1号認定については、年度途中で3歳になった翌日から入所できます。 (切り替えの場合は翌月からです。) 保育料は国の制度により無償化となりますが、副食費がかかる場合があります。					
利用希望施設名		曾於こども園	市外園の場合は市町村名 市・町・村	希望理由	<input type="checkbox"/> 自宅に近い <input type="checkbox"/> 職場に近い <input checked="" type="checkbox"/> 在園中 <input checked="" type="checkbox"/> 兄弟が利用している <input type="checkbox"/> その他()			

保護者及び同居所に住んでいる人を全員(申込み児童を除く)記入してください。(事実婚含む)
就学等のため生活費の送金を行っているなど生計を一にする別居の児童がいる場合も記入してください。
税情報等の確認について同意する場合は、同意欄へ☒してください(未成年者を除く)。個人番号を利用し、税情報等を確認することがあります。

保護者(申請者を含む)	児童との続柄	ふりがな・氏名・個人番号		生年月日	勤務先名/学校名	健康状況	同居別居	住所(子どもと別居の)	同意欄		
		※市外で別居している保護者の方のみ個人番号を記入してください。									
		父	母								
	父	ふりがな	そお たろう	S (H)	2年 11月 6日	〇〇株式会社	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気	同・別	福岡県福岡市〇〇-〇〇	<input checked="" type="checkbox"/>	
		氏名	曾於 太郎								
		個人番号	111111111111								
	母	ふりがな	そお はるこ	S (H)	2年 10月 8日	曾於市役所	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気	同・別		<input checked="" type="checkbox"/>	
		氏名	曾於 春子								
		個人番号									
	保護者(申込み児童の家族及び同居人)	兄	ふりがな	そお いちろう	S (H) R	29年 8月 10日	曾於小学校	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気	同・別		<input type="checkbox"/>
			氏名	曾於 一郎							
			個人番号								
祖母		ふりがな	すえよし なつみ	S (S) H R	27年 6月 21日	無職	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気	同・別		<input checked="" type="checkbox"/>	
		氏名	末吉 夏美								
		個人番号									
		ふりがな		S (H) R	年 月 日		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気	同・別		<input type="checkbox"/>	
		氏名									
		個人番号									

※この申請書は利用希望施設に直接提出してください。
※同居している方で保護者より収入が高い方がいる場合、副食費の算定対象となる場合があります。

【世帯の状況についての記入欄(該当する場合はチェック(☑)をしてください。)】

令和7年1月1日 時点の住所	父	<input type="checkbox"/> 曾於市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(福岡県福岡市・町・村) <input type="checkbox"/> 海外	令和8年1月1日 時点の住所	父	<input type="checkbox"/> 曾於市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(県市・町・村) <input type="checkbox"/> 海外
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 曾於市内 <input type="checkbox"/> 市外(県市・町・村) <input type="checkbox"/> 海外		母	<input checked="" type="checkbox"/> 曾於市内 <input type="checkbox"/> 市外(県市・町・村) <input type="checkbox"/> 海外
父又は母が同居してい ない理由	<input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 未婚(又は事実婚) <input type="checkbox"/> 離婚前提別居(年 月から) <input type="checkbox"/> 行方不明(年 月から) <input type="checkbox"/> その他()			生活保護の状況	
				<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 未受給	
新2号申請(①～③の全てに該当する場合で申請する場合は有に☑) (①3歳クラス以上+②自宅子どもを見ることができない理由がある (例:共働き)+③預かり保育の利用希望がある)		<input checked="" type="checkbox"/> 有	新3号申請(①～④の全てに該当する場合で申請する場合は有に☑) (①2歳クラス(限定)+②非課税世帯(限定)+③自宅子どもを見ることができ ない理由がある(例:共働き)+④預かり保育の利用希望がある)		<input type="checkbox"/> 有
		<input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 無

※新2号申請・新3号申請にチェックした場合は、新2号・新3号申請書を提出してください。

※施設記入欄(記入後、曾於市へ提出してください。)(座判可です。)

施設の受付年月日		令和 年 月 日	施設の形態
所在地	市・町・村		<input type="checkbox"/> こども園(幼保) <input type="checkbox"/> こども園(幼) <input type="checkbox"/> こども園(保) <input type="checkbox"/> 幼稚園(新制度) <input type="checkbox"/> 保育園(所) <input type="checkbox"/> その他()
施設名			
担当者名			
連絡先			