

令和8年度 子どものための教育・保育給付認定申請書 兼 入所申込書 兼
 子育てのための施設等利用給付認定申請書 兼 現況届

年 月 日

田川市長 殿

保護者氏名 (自署)

次のおり子どものための教育・保育給付認定申請または子育てのための施設等利用給付認定(以下「給付認定」という。)申請します。また、給付認定に必要な市町村
 民税の情報(同一住所者を含む)及び世帯情報を閲覧すること及び番号法第14条に基づきマイナンバーを取得し利用すること、その情報に基づき決定した認定内容や
 申請情報について、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。
 また、施設等利用費は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があることについて同意します。
 なお、給付認定の可否の決定は、市が申請を受け付けた日から30日を超えても異議申し立てをしません。

申請に係る 小学校就学前 の子ども	氏 名		生年月日	性別	障がい者 手帳	医療的ケアの必要性
	ふりがな:		令和 年 月 日 生	男・女	有・無	医療的ケアの内容 有・無
マイナンバー			(令和8年4月1日現在 歳)			
保護者 住所・連絡先	(住所)	田川市				
	(連絡先)		(持ち主:)	(連絡先)		(持ち主:)

○世帯の状況(上記の児童は除く)

区分	氏 名	児童との 続柄	生 年 月 日	性別	勤務先又は 学校名等(R8.4.1時点)	同居・別 居の別	マイナンバー	
(世帯分離している家族も含む) 同居者情報	ふりがな:	父	S・H R 年 月 日	男・女		同・別		
	ふりがな:	母	S・H R 年 月 日	男・女		同・別		
	ふりがな:		S・H R 年 月 日	男・女		同・別		
	ふりがな:		S・H R 年 月 日	男・女		同・別		
	ふりがな:		S・H R 年 月 日	男・女		同・別		
	ふりがな:		S・H R 年 月 日	男・女		同・別		
	ふりがな:		S・H R 年 月 日	男・女		同・別		
該当 有無	生活保護 (有・無) 開始日: 年 月 日		ひとり親 (有・無)		幼稚園等就園児 (有・無)	在宅障がい者 (有・無)		
祖 状 父 母 の 方	氏名		住所		氏名		住所	
	父	祖父 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	母	祖父 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	祖母 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

○利用を希望する期間、希望する施設(サービス)名

利用を希望する期間 認定希望日(施設利用開始日)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
利用を希望する時間	利用曜日	曜日から 曜日まで	利用時間 時 分から 時 分まで
利用するサービス	<input type="checkbox"/> 保育所、認定こども園(保育部分) <input type="checkbox"/> 一時保育 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター事業 <input type="checkbox"/> 幼稚園、認定こども園(教育部分) <input type="checkbox"/> 預かり保育 <input type="checkbox"/> 届出保育施設 <input type="checkbox"/> 病児病後児保育		
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由		保育希望時間
	第1希望 (希望理由)		※保育所、認定こども園 (保育部分)の入所を希望 される方のみ記入してくだ さい。 <input type="checkbox"/> 短時間(8時間) <input type="checkbox"/> 標準時間(11時間)
	第2希望 (希望理由)		
第3希望 (希望理由)			
○保護者の労働等の理由により保育所入所や幼稚園の預かり保育を希望する場合等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
		<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(年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 育休(年 月 日まで) <input type="checkbox"/> その他() <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(年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 育休(年 月 日まで) <input type="checkbox"/> その他()

*市町村記載欄

認定区分等	入所施設名	居住状況
<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (□短 □標) <input type="checkbox"/> 新1号 <input type="checkbox"/> 新2号 <input type="checkbox"/> 新3号	施設名:	R7.1.1市内居住 父 有・無 母 有・無 R8.1.1市内居住 父 有・無 母 有・無

支給申請

支給認定

契約

実施開始

*市町村記載欄

階層認定情報				保育料変更状況	
保護者	前年度所得割	前年度均等割	当年度所得割	前年度均等割	
父	円	課税・非課税	円	課税・非課税	
母	円	課税・非課税	円	課税・非課税	
	円	課税・非課税	円	課税・非課税	
	円	課税・非課税	円	課税・非課税	
合計	円	課税・非課税	円	課税・非課税	
階層区分判定結果			世帯状況		
4~8月			<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障害者世帯 <input type="checkbox"/> 兄弟児利用有 (他施設入所含む)		
第	階層(半額・0)	円			
9~3月					
第	階層(半額・0)	円			

記入例

令和8年度 子どものための教育・保育給付認定申請書 兼 入所申込書 兼 子育てのための施設等利用給付認定申請書 兼 現況届

令和8年1月10日

田川市長 殿

保護者氏名 田川 市朗 (自署)

次のとおり子どものための教育・保育給付認定申請または子育てのための施設等利用給付認定(以下「給付認定」という。)申請します。また、給付認定に必要な市町村民税の情報(同一住所者を含む)及び世帯情報を閲覧すること及び番号法第14条に基づきマイナンバーを取得し利用すること、その情報に基づき決定した認定内容や申請情報について、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。

また、施設等利用費は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があることについて同意します。

なお、給付認定の可否の決定は、市が申請を受け付けた日から30日を超えても異議申し立てをしません。

申請に係る 小学校就学前 の子ども	氏名		生年月日	性別	障がい者 手帳	医療的ケアの必要性
	ふりがな:	<u>たがわ けんじ</u>	平成 <u>3</u> 年 <u>5</u> 月 <u>1</u> 日生 (令和8年4月1日現在 <u>4</u> 歳)	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <small>医療的ケアの内容 インスリン注射が 必要</small>
マイナンバー	<u>123456789100</u>					
保護者 住所・連絡先	(住所)	<u>田川市 中央町1番1号</u>				
	(連絡先)	<u>000-0000-0000</u>	(持ち主: <u>母</u>)	(連絡先)	<u>000-0000-0000</u>	(持ち主: <u>父</u>)

○世帯の状況(上記の児童は除く)

区分	氏名	児童との 続柄	生年月日	性別	勤務先又は 学校名等(R8.4.1時点)	同居・別 居の別	マイナンバー	
(世帯分離している家族も含む) 同居者情報	ふりがな: <u>たがわ いちろう</u> 田川 市朗	父	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> R H 56年 9月 1日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<u>無</u>	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	123456789101	
	ふりがな: <u>たがわ やすこ</u> 田川 保子	母	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> R H 56年 10月 1日	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	<u>〇〇〇</u> 有限会社	<input type="radio"/> 同 <input checked="" type="radio"/> 別	〇〇町 123456789102	
	ふりがな: <u>たがわ いくお</u> 田川 育雄	兄	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> R T 16年 10月 2日	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	<u>〇〇〇</u> 中学校	<input type="radio"/> 同 <input checked="" type="radio"/> 別	123456789103	
	ふりがな: <u>たがわ ようこ</u> 田川 幼子	姉	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> R T 27年 10月 3日	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女		<input type="radio"/> 同 <input checked="" type="radio"/> 別		
	ふりがな: 田川 〇〇〇			年 月 日	男・女		同・別	
該当 有無	生活保護		ひとり親	幼稚園等就園児	在宅障がい者			
	(有・無)	開始日: 年 月 日	(有・無)	(有・無)	(有・無)			
祖 父 母 の 住 所	氏名		住所		氏名			
	父	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 田川 太朗	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	〇〇町		母	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 田川 花子	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居

幼稚園、認定こども園等に
通う兄弟児がいる場合は
「有」に○をして下さい。

障害手帳等をお持ちの方と同居している場合、または特別
児童扶養手当受給している場合は「有」に○をしてください。
また障害手帳等のコピーの添付をお願いします。

ひとり親に該当する場合は「有」に○
をして下さい。

○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8年 4月 1日 から 令和9年 3月 31日 まで		
別居の場合、住所 を記入してください。	利用曜日	月 曜日から 土 曜日まで	
	利用時間	8時 30分から 17時 00分まで	
利用を希望する 施設(事業者)名	<input checked="" type="checkbox"/> 保育所、認定こども園(保育部分)	<input type="checkbox"/> 一時保育	<input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター事業
	<input type="checkbox"/> 幼稚園、認定こども園(教育部分)	<input type="checkbox"/> 預かり保育	
	<input type="checkbox"/> 届出保育施設	<input type="checkbox"/> 病児病後児保育	
	施設(事業者)名・希望理由		保育希望時間
第1希望	〇〇保育園 (希望理由) 自宅に近い	※保育所、認定こども園(保育部分)の入所を希望される方のみ記入してください。	
第2希望	△△保育園 (希望理由) 職場に近い		
第3希望	□□幼稚園 (希望理由) 幼児教育を受けたい		
		<input type="checkbox"/> 短時間(8時間)	<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間(11時間)

○保護者の労働又は疾病等の理由により保育所入所や預かり保育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
	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(年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 育 休(年 月 日まで) <input type="checkbox"/> その 他()
母	<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(年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 育 休(年 月 日まで) <input type="checkbox"/> その 他()	