

様式第1号(第3条関係)

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

年 月 日

様

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。

(ふりがな)	いわみ しおり	性 別	生年月日	年齢(4月1日時点)
申 請 児 童 名	岩見 詩織	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	H24年 5月 1日	4歳
(ふりがな)	いわみ たろう	続 柄	連 絡 先	
保 護 者 氏 名	岩見 太郎	<input checked="" type="radio"/> 父・ <input type="radio"/> 母 その他()	自宅・携帯(<input checked="" type="radio"/> 父・ <input type="radio"/> 母・その他)	
住 所	〒068-8686 岩見沢市場が丘1丁目1番1号			
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 以下①から④まで全て記入。		
	<input checked="" type="radio"/> 無	幼稚園等の利用を希望する場合 以下①から③まで記入。		

①税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・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、及び、その情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して提示することについて同意します。

保護者氏名 岩見 太郎

岩見

岩見 沢 市 長 様

※1

②入所児童の家庭の状況(申請児童を含めて記載)

区分	(ふりがな) 氏 名	入所児童との 続 柄	生年月日	性 別	職 業 (勤務先等)	個 人 一 号 (マイ ※2 -)	備 考
入所児童の世帯員	(いわみ たろう) 岩見 太郎	父	S57.8.4	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	岩見沢市役所	012345678901	
	(いわみ はなこ) 岩見 花子	母	S57.9.10	男・ <input checked="" type="radio"/> 女		012345678902	
	(いわみ たいち) 岩見 太一	兄	H21.6.30	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	岩見沢小学校 2年	012345678903	
	(いわみ しおり) 岩見 詩織	本人	H24.5.1	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	●●幼稚園 年中	012345678904	
	()			男・女			
	()			男・女			
	()			男・女			
※3 生活保護の適用		※4 保護者(児)の有無		※5 親世帯の該当			
<input type="checkbox"/> 有(年 月 日開始)		<input type="checkbox"/> 有(氏名:)		<input type="checkbox"/> 有			

※市記載欄

税	父	小3,2子・小3,3子・小6,3子・18歳,3子・2F3F2子(半)・2F3F3子(無料)・2F1子ひとり親等(無料)・3F1子ひとり親等(半)・3F2子ひとり親等(無料)					
	母	国	階層	利用者負担額	市	階層	利用者負担額
計							

① 利用申込について

- ・保護者へ「施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書」を配布。
(一緒に記載例も配布。)
- ・保護者より「施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書」等を受領。
- ・「施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書」等を保育幼稚園係へ提出。

注意点

【“04 【両面印刷】施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書_幼稚園用”をご覧ください。】

※1 入所児童の世帯員欄については、同居の祖父母等、住所が同じ方全員記載してください。

利用者負担額の決定に当たっては、入所児童と同一の世帯（世帯分離含む）に属して生計を共にしている扶養義務者の市町村民税課税額の合計額を基に認定します。

入所児童と同一の世帯に属して生計を共にしている扶養義務者がいる世帯において、父母のみで生計維持をしていると判断できる場合、父母のみの市町村民税課税額で利用者負担額を算定いたします。

父母のみで生計を維持していると判断できない場合は、同居扶養義務者は家計の主宰者と認定し、利用者負担額を算定いたします。

父母のみで生計を維持していると判断できない場合は、父母の前年収入が、父母及び入所児童世帯の生活保護基準1、2類（以下「最低生活費」という。）を超えない場合等です。

ただし、父母の直近の収入が、最低生活費を超える場合は、父母のみの市町村民税課税額の合計を基に利用者負担額を算定することが出来ます。

直近の収入の確認書類については、雇用証明書（勤務先より証明）等になります。

上記の理由により、父母の雇用証明書が必要になった場合は、後日、保育幼稚園係より幼稚園へお知らせします。

※2 申請書提出の際、世帯全員分のマイナンバーの通知を確認し、個人番号の確認を行ってください。

※3 生活保護を受けている家庭については、有にチェックをつけていただき、生活保護の開始日を記入してください。 必ず、福祉事務所保護課の保護受給証明書を、申請書に添付し提出してください。

※4 岩見沢市子ども・子育て支援法に基づく利用者負担額に関する規則 別表（第2条関係）備考 4の(2)～(6)に該当する方が、同一世帯にいる場合は、有にチェックをつけていただき、氏名を記入してください。 必ず、障害者手帳の写し等を、申請書に添付し提出してください。

※5 ひとり親世帯の場合は、有りチェックをしてください。

その他 平成28年1月1日現在岩見沢市に住民登録がない場合

- ・平成28年度 市民税・道民税税額決定・変更通知書の写し〔特別徴収〕
- ・平成28年度 市民税・道民税税額決定・変更通知書の写し〔普通徴収〕
- ・平成28年度 所得・課税証明書 のうちいずれかを提出。

両親分それぞれ証明が必要となります。

配偶者の扶養に入っており、被扶養者が非課税となっている場合でも、被扶養者本人が非課税になっている証明（所得・課税証明書）の提出が必要になります。

その他 兄弟が幼稚園に入園している場合は、在園証明書を添付願います。

様式第1号(第3条関係)

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

年 月 日

様

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。

(ふりがな)	いわみ しおり	性 別	生年月日	年齢(4月1日時点)
申 請 児 童 名	岩見 詩織	男・ 女	H24年 5月 1日	4歳
(ふりがな)	いわみ たろう	続 柄	連 絡 先	
保 護 者 氏 名	岩見 太郎 岩見	父 ・母 その他()	自宅・携帯(父 ・母・その他)	
			0126 - 23 - 4111	
住 所	〒068-8686 岩見沢市鳩が丘1丁目1番1号			
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 以下①から④まで全て記入。		
	無	幼稚園等の利用を希望する場合 以下①から③まで記入。		

①税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・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、及び、その情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して提示することについて同意します。

保護者氏名 岩見 太郎 **岩見** 岩見 沢 市 長 様

②入所児童の家庭の状況(申請児童を含めて記載)

区分	(ふりがな) 氏 名	入所児童との 続 柄	生年月日	性 別	職 業 (勤務先等)	個 人 番 号 (マイナンバー)	備 考
入所児童の世帯員	(いわみ たろう) 岩見 太郎	父	S57.8.4	男 ・女	岩見沢市役所	012345678901	
	(いわみ はなこ) 岩見 花子	母	S57.9.10	男・ 女		012345678902	
	(いわみ たいち) 岩見 太一	兄	H21.6.30	男 ・女	岩見沢小学校 2年	012345678903	
	(いわみ しおり) 岩見 詩織	本人	H24.5.1	男・ 女	●●幼稚園 年中	012345678904	
	()				男・女		
	()				男・女		
	()				男・女		
生活保護の適用			障害者(児)の有無		ひとり親世帯の該当		
<input type="checkbox"/> 有(年 月 日開始)			<input type="checkbox"/> 有(氏名:)		<input type="checkbox"/> 有		

記載欄
生活保護受給中の場合、

同一世帯に障がいを持っている方がいる場合、をし、その方の氏名を記入。

F3F3等()
利用負担額
ひとり親世帯の場合、

③利用を希望する期間

利用を希望する施設（事業者）名	第1希望 ●●幼稚園 (希望理由)
	第2希望 (希望理由)
	第3希望 (希望理由)
利用を希望する期間	29年 4月 1日から 年 月 日まで
希望する利用時間	利用曜日
	曜日から 曜日まで 利用時間 時から 時まで

④保育の利用を必要とする理由等

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由		<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 <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）	

※4月入所の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、支給認定に係る結果は利用調整の結果とともに3月までにお知らせします。

※市記載欄

受付年月日	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)
年 月 日認定		
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)		自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業者)名		
備考		

※施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設(事業者)名		
担当者氏名	(担当者)	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
連絡先	(連絡先)	
入所内定の有無	有(年 月 日内定) ・ 無	
備考		

※平成29年度の表は4月に出ます。これはめやすにしてください。

平成28年度 岩見沢市利用者負担額基準額表（教育標準時間認定）

各月初日の在籍児童の属する世帯の階層区分		利用者負担額(月額)
階層区分	定義	
1	生活保護世帯	0円
2	市町村民税非課税世帯 (所得割非課税世帯含む)	1,500円
3-1	市町村民税所得割課税額 25,700円以下	5,890円
3-2	市町村民税所得割課税額 51,400円以下	9,380円
3-3	市町村民税所得割課税額 77,100円以下	12,880円
4-1	市町村民税所得割課税額 121,800円以下	14,390円
4-2	市町村民税所得割課税額 166,500円以下	15,900円
4-3	市町村民税所得割課税額 211,200円以下	17,420円
5	市町村民税所得割課税額 211,201円以上	23,130円

同一世帯から小学校3年生以下の範囲において、最年長の子どもから順に2人目以降入園の場合は、下の子が無料になります。

※第3-2階層及び第3-3階層に該当する世帯について、最年長(年齢制限無し)の子どもから順に2人目は8,050円。第2階層、第3階層に該当する世帯について、最年長(年齢制限無し)の子どもから順に3人目以降については0円となります。

※また、ひとり親世帯等、在宅障害児(者)のいる世帯、その他の世帯(生活保護法に定める要保護者等特に困窮していると市町村の長が認めた世帯)の子どもについては、第2階層は0円、第3-2階層及び第3-3階層に該当する世帯について、第1子を7,550円。第3階層に該当する世帯について、最年長(年齢制限無し)の子どもから順に2人目以降0円となります。

※第2階層に該当する世帯については、平成28年度と平成29年度の2年間は経過措置により利用者負担額は0円になります。

※小学校6年生以下の児童を3人以上監護し、児童の年齢の高い方から数えて3人目以降の児童が幼稚園に入園している場合、上記にかかわらず、その児童の利用者負担額は0円となります。

※市町村民税額は、寄付金控除、配当控除、外国税額控除、住宅取得控除前のもので、医療費控除後の税額です。

※この基準額表中の年齢区分については、年度の初日の年齢区分となります。

