

## 平成29年度 教育施設利用(1号認定子ども)のしおり 【認定こども園(教育標準時間)・私立幼稚園利用案内】

- ◎認定こども園（教育標準時間）や新制度に移行する私立幼稚園を利用する場合、市からの支給認定が必要です。
- ◎新制度に移行しない私立幼稚園の入園手続きは、利用を希望する園にご相談ください（市からの支給認定は不要です）。
- ◎ご不明な点がございましたら、子育て支援課までご連絡ください。

### 「子ども・子育て支援新制度」と「認定こども園・幼稚園」

『子ども・子育て支援新制度』とは、平成24年8月に成立した「子ども・子育て支援法」を含む子ども・子育て関連3法に基づき、平成27年4月から全国的に施行される新たな制度です。おもな目的は次の3点となります。

- 質の高い幼児期の学校教育・保育の総合的な提供
- 保育の量的拡大・確保、教育・保育の質的改善
- 地域の子ども・子育て支援の充実

新制度の導入で、認定こども園や幼稚園は次のようになります。

#### 認定こども園

- ・幼稚園・保育園と同様に単体の教育・保育施設となります。
- ・「保育の必要性」がある場合も利用できます。
- ・市から支給認定が必要で、保育料は市が決定します。

#### 新制度に移行した 私立幼稚園

- ・新制度に移行しました。
- ・市からの支給認定が必要です。
- ・保育料は、市が決定します。

#### 新制度に移行しない 私立幼稚園

- ・新制度に移行しません。
- ・市からの支給認定は不要です。
- ・保育料は、園が決定します。

※公立幼稚園の利用を希望する場合も支給認定が必要です。詳しくは利用を希望する公立幼稚園にご相談ください。

## 支給認定と手続きの流れ

### ◎支給認定について

新制度に移行する幼稚園・認定こども園・認可保育所等を利用するためには、子どものための教育・保育についての「支給認定」を受ける必要があります。認定こども園（教育標準時間）または新制度に移行する幼稚園を利用するための支給認定は、「1号認定」となります。

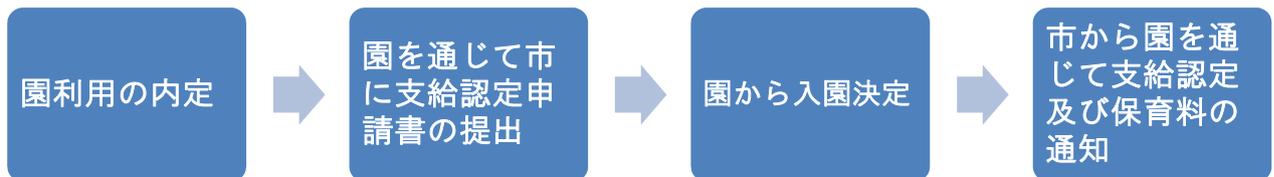
認定区分		保育の必要性	利用可能施設
1号	満3歳以上・教育標準時間認定	なし	幼稚園※、認定こども園
2号	満3歳以上・保育認定	あり	保育園、認定こども園
3号	満3歳未満・保育認定	あり	保育園、認定こども園、家庭的保育事業、小規模保育事業、事業所内保育事業

※新制度に移行しない幼稚園をご利用になる場合は、支給認定を受ける必要はありません。

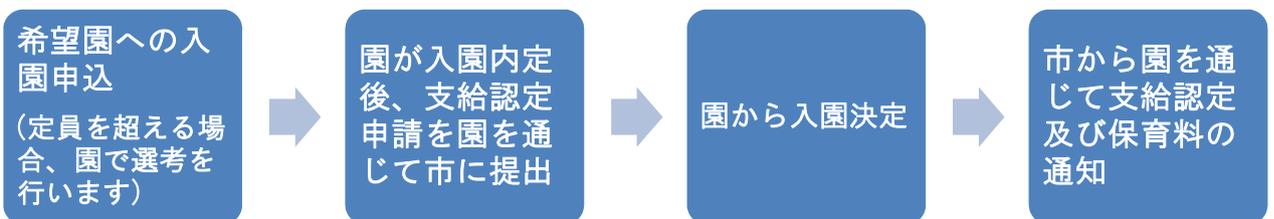
※支給認定を2号認定に変更を希望する場合は、子育て支援課にご相談ください。

### ◎支給認定・園利用の流れ

- ・すでに平成29年4月以降の園利用の内定がある場合



- ・これから園利用の申込みをする場合



※本市外の認定こども園または新制度に移行する私立幼稚園を利用する場合も同じ手続きになります。

**★支給認定証はずっと使うものになりますので、大切に保管してください。**

## 保育料について

認定こども園または新制度に移行する私立幼稚園の保育料は、所得に応じて市が決定します。下の表は現在予定している平成29年度の保育料（案）です。

右の保育料は、園が定める期限、方法で園にお支払ください。

右の表の保育料以外に園によっては入園料を徴収する場合があります。

また、教材費や給食費等の実費負担があります。

なお、保育料は年間の必要経費を基に算出していますので、長期休暇期間（夏休み、冬休み）中も保育料のお支払いは必要です。

### ◎保育料の切り換え時期

保育料は、毎年9月が切り換え時期になります。9月分以降の保育料は、園を通じてお知らせします。

### 1号認定子ども保育料（案）

階層	区 分	月 額
1	生活保護世帯等	0円
2	市民税非課税世帯	2,100円
3	市民税所得割 77,100円以下	8,700円
4	〃 144,000円以下	11,700円
5	〃 211,200円以下	15,900円
6	〃 211,201円以上	19,800円

### 母子家庭・障害者同居世帯（案）

階層	区 分	月 額
2減	市民税非課税	0円
3減	市民税所得割 77,100円以下	7,700円

※小学校3年生以下のきょうだいがいる場合、そのきょうだいを含め、生年月日が早い順から2番目は半額、3番目以降は0円となります。

※市区町村民税所得割課税額の合計額が77,100円以下の世帯は、算定対象となる子ども（保護者と同一生計の場合に限る。）の年齢にかかわらず、1人目が基準額、2人目が半額、3人目以降が無料となります。

平成29年4月分～平成29年8月分	平成29年9月分～平成30年3月分
平成28年度市民税に基づく保育料	平成29年度市民税に基づく保育料

## 認定こども園・私立幼稚園一覧

◎認定こども園（支給認定が必要です） ※平成28年10月1日現在です。

園 名	住 所	電話番号
せんだい幼稚園（幼保連携型）	平佐町 3590 番地 2	20-1280
青山幼稚園（幼保連携型）	青山町 4194 番地	20-0775
のぞみ幼稚園（幼保連携型）	大小路町 54 番 16 号	22-3744
びぼあ（幼保連携型）	入来町副田 5752 番地	44-4381
鹿児島純心女子大学附属純心幼稚園（幼保連携型）	隈之城町 1001 番地	23-6169
川内すわこども園（幼保連携型）	御陵下町 19 番 8 号	22-2764

◎私立幼稚園（直接お問い合わせください）

園 名	住 所	電話番号
みに幼稚園（新制度に移行した私立幼稚園）	御陵下町 11 番 9 号	22-3974
川内聖母幼稚園（新制度に移行しない私立幼稚園）	若松町 2 番 20 号	22-3877

## 支給認定申請書の記入上の注意点について

支給認定申請書の記入に当たっては、以下のことにご注意ください。

1. 支給認定申請書は、児童ごとに作成してください。
2. 申請児童の年齢は、平成29年4月2日時点の年齢を記入してください。
3. 「利用希望施設欄」は、内定を受けている場合、第1希望に内定を受けている園名を記入してください。
4. 保護者（父・母）が、単身赴任等の理由で異なる住所の場合は、空いているスペースに保護者の住所を記入してください。
5. 「保育の希望の有無」欄は、認定こども園（教育標準時間）または新制度に移行する幼稚園のみの利用を希望する場合は、「無」に○をつけてください。
6. 「①世帯の状況」欄は、申請児童以外の世帯員についてご記入ください。
7. 「②利用を希望する期間」欄は、申請児童が小学校就学の始期に達するまでの期間を記入してください。
8. 1号認定の支給認定を申請する場合は、「③保育の利用を必要とする理由等」欄は、記入する必要はありません。
9. 「④祖父母の状況」欄は、祖父母の現況について該当する欄の□にチェックしてください。同居している場合は、別居の住所の欄への記入は不要です。死亡されているときは、該当する「祖父」・「祖母」の各氏名欄に「亡」と記入してください。

### ◎添付資料について

支給認定の申請にあたって、次の資料を添付してください。

対象者	資料名称
全 員	教育施設利用に関する確認・同意書
平成28年1月1日時点で、本市以外の市町村に住んでいた場合	平成28年度の市区町村民税徴収税額決定（変更）通知書または納税通知書 市区町村民税が非課税の場合は、平成28年度市区町村民税非課税（課税のない）証明書 ※平成29年4月分から8月分の保育料算定のために必要です。
平成29年1月1日時点で、本市以外の市町村に住んでいた場合	平成29年度の市区町村民税徴収税額決定（変更）通知書または納税通知書 市区町村民税が非課税の場合は、平成29年度市区町村民税非課税（課税のない）証明書 ※平成29年9月分から平成30年3月分の保育料算定のために必要です。 ※園を通じて提出をご案内します。

◎該当する場合のみ必要となる資料

利用開始日現在、お子さんや同居の方に障害がある場合	障害者手帳、療育手帳などの写し …障害のある方がいる世帯として保育料算定される場合は、必ずご提出ください。
きょうだい支給認定を受けない幼稚園（いわゆる「年少々児」は除く）や、特別支援学校の幼稚部、児童発達支援センターなどを利用している場合	在籍（園）証明書 …平成29年4月1日以降発行の証明書（任意の書式で可） ★平成29年4月2日以降にご提出ください。
離婚調停中で配偶者と別居している場合	呼び出し状または事件係属証明書

■お問い合わせ先■

薩摩川内市役所

《本庁》〒895-8650 薩摩川内市神田町3番22号

●子育て支援課 保育グループ tel (0996)23-5111 (内線 2361・2362)

市HP <http://www.city.satsumasendai.lg.jp/>

申請児童	氏名・生年月日		記入例		利用希望施設 (※)		
	(フリガナ)				第1希望	内定している園名	希望理由
	(平成 年 月 日生 歳)		第2希望		希望理由		
	障害者手帳・療育手帳の有無	性別	第3希望		希望理由		
	有・無	男・女		平成29年4月2日時点の年齢			

※ 保育所等の利用を希望する場合は、実際に入所を希望する園名を第3希望まで記入してください。  
 ※ 内定している幼稚園等を利用する場合は、第1希望に内定している園名を記入してください。  
 ※ 年齢は平成29年4月2日現在のものとしてください。

### 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼 児童台帳

平成 年 月 日

保護者氏名

印

薩摩川内市長 様

上記の児童について、施設型給付費・地域型給付費の支給認定を申請します。

保護者の住所・氏名・連絡先	住所 薩摩川内市	保護者(父・母)の氏名	認定を申請します。
	(フリガナ) 氏名①	(フリガナ) 氏名②	
	自宅tel ( )-( )-( )	携帯(父) ( )-( )-( )	携帯(母) ( )-( )-( )
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。		
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(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(保育所等と併願の場合を除く)	

(※)

- 「保育所等」とは、認可保育所、事業所内保育をいいます。(以下)
- 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定1号認定を受けて認定こども園(教育標準時間)または新制度に移行する私立幼稚園を利用する場合、「無」に○をつけてください。
- 「保護者氏名①・氏名②」には、父母の氏名を書いてください。
- 「有」を○で囲んだ場合は、①～⑤に必要事項を、「無」を○で囲んだ場合は、①、②、④及び⑤に必要事項を記入してください。記入に当たっては「記入上の注意」をよく読み、字は楷書ではっきりと書いてください。

#### ① 世帯の状況

区分	氏名 (上記保護者を含む) (上記申請児童を除く)	児童との続柄	生年月日	性別	職業 または 学校名等 (H29.4.1現在)	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	要介護認定 または障害者手帳 療育手帳	
児童の世帯員	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	(フリガナ)	申請児童以外の世帯員をすべて記入してください。					有・無	有・無
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無	
	(フリガナ)							
	(フリガナ)							
	(フリガナ)							
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り (平成 年 月 日保護開始)						
平成28年1月1日時点の住所		<input type="checkbox"/> 薩摩川内市内 <input type="checkbox"/> 他の市町村( )						
平成29年1月1日時点の住所		<input type="checkbox"/> 薩摩川内市内 <input type="checkbox"/> 他の市町村( )						

(表面)

**② 利用を希望する期間**

利用を希望する期間	平成	年	月	日から平成	年	月	日まで
-----------	----	---	---	-------	---	---	-----

**③ 保育の利用を必要とする理由**

※ 保護者の労働又は疾病等  
さい。

1号認定を受ける場合、小学校就学の始期に達するまでの期間を記入してください。

平成23年4月2日から平成24年4月1日生 : 平成30年3月31日まで  
平成24年4月2日から平成25年4月1日生 : 平成31年3月31日まで  
平成25年4月2日から平成26年4月1日生 : 平成32年3月31日まで  
平成26年4月2日から平成27年4月1日生 : 平成33年3月31日まで

保育の利用を必要とする理由	続柄		
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 (具体的な理由を記入)	
母		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 (出産日・出産予定日 年 月 日) (産休・育休復帰予定日 年 月 日)	
		<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 (具体的な理由を記入)	
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 (○をつけてください)		利用時間
	月・火・水・木・金・土		時 分から 時 分まで <input type="checkbox"/> 保育短時間認定を希望する

**④ 祖父母の状況**

①の世帯と同居している場合、「同居」としてください。

父方	<input type="checkbox"/> 祖父		<input type="checkbox"/> 祖母	
	氏名	年齢	氏名	年齢
	住所	同居・別居	別居の住所	
	<input type="checkbox"/> 就労 (就労先 ) <input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号 ) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院 (週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 就労 (就労先 ) <input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号 ) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院 (週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院	
母方	<input type="checkbox"/> 祖父		<input type="checkbox"/> 祖母	
	氏名	年齢	氏名	年齢
	住所	同居・別居	別居の住所	
	<input type="checkbox"/> 就労 (就労先 ) <input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号 ) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院 (週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 就労 (就労先 ) <input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号 ) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院 (週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院	
症状番号	①神経痛 ②高血圧 ③腰痛 ④糖尿病 ⑤心臓病 ⑥リュウマチ ⑦統合失調症 ⑧骨折 ⑨脳内出血 ⑩身体障害者 ⑪その他 (症状番号欄に具体的に記入してください)			

**⑤ 他の小学校就学前の兄弟姉妹の状況**

区 分	兄弟姉妹の氏名
<input type="checkbox"/> 同じ保育所等・幼稚園等の利用を申し込んでいる。	
<input type="checkbox"/> 申込先と同じ保育所等・幼稚園等を利用している。	
<input type="checkbox"/> 別の保育所等・幼稚園等に理由 ( )	
<input type="checkbox"/> 別の保育所等・幼稚園等を理由 ( )	
<input type="checkbox"/> 次の理由で申し込んでいない <input type="checkbox"/> 認可外保育施設を利用している。 <input type="checkbox"/> 勤務先等に連れて行っている。 <input type="checkbox"/> 親族等がみている。 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

⑤ 他の小学校就学前の兄弟姉妹の状況は、平成29年4月1日の状況を記載してください (平成29年度に小学校に就学する児童については記入する必要はありません)。

また、満3歳未満で、一時預かり事業を利用する場合は、その他の欄にチェックして、「同じ園で一時預かり利用」としてください。

(裏面)

申請児童	氏名・生年月日		利用希望施設 (※)		
	(フリガナ)		第1希望		希望理由
	(平成 年 月 日生 歳)		第2希望		希望理由
	障害者手帳・療育手帳の有無	性別	第3希望		希望理由
	有・無	男・女			

※ 保育所等の利用を希望する場合は、実際に入所を希望する園名を第3希望まで記入してください。  
 ※ 内定している幼稚園等を利用する場合は、第1希望に内定している園名を記入してください。  
 ※ 年齢は平成29年4月2日現在のものとしてください。

### 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼 児童台帳

平成 年 月 日

保護者氏名 (印)

薩摩川内市長 様

上記の児童について、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。

保護者の ・住所 ・氏名 ・連絡先	住所 薩摩川内市		(連絡先)		
	(フリガナ)		自宅tel ( )-( )-( )		
氏名①	(フリガナ)		携帯(父) ( )-( )-( )		
	氏名②		携帯(母) ( )-( )-( )		
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。				
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(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(保育所等と併願の場合を除く)			

(※)

- ・「保育所等」とは、認可保育所、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。
- ・「保護者氏名①・氏名②」には、父母の氏名を書いてください。
- ・「有」を○で囲んだ場合は、①～⑤に必要事項を、「無」を○で囲んだ場合は、①、②、④及び⑤に必要事項を記入してください。記入に当たっては「記入上の注意」をよく読み、字は楷書ではっきりと書いてください。

#### ① 世帯の状況

区分	氏名 (上記保護者を含む) (上記申請児童を除く)	児童との続柄	生年月日	性別	職業 または 学校名等 (H29.4.1現在)	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	要介護認定 または障害者手帳 ・療育手帳
児童の世帯員	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り (平成 年 月 日保護開始)					
平成28年1月1日時点の住所		<input type="checkbox"/> 薩摩川内市内 <input type="checkbox"/> 他の市町村( )					
平成29年1月1日時点の住所		<input type="checkbox"/> 薩摩川内市内 <input type="checkbox"/> 他の市町村( )					

(表面)

**② 利用を希望する期間**

利用を希望する期間	平成	年	月	日から平成	年	月	日まで
-----------	----	---	---	-------	---	---	-----

**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 type="checkbox"/> 就労 <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 (勤務先など) )	
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 (出産日・出産予定日 年 月 日) (産休・育休復帰予定日 年 月 日) <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 (○をつけてください)		利用時間
	月・火・水・木・金・土		時 分から 時 分まで <input type="checkbox"/> 保育短時間認定を希望する

**④ 祖父母の状況**

①の世帯と同居している場合、「同居」としてしてください。

		<input type="checkbox"/> 祖父		<input type="checkbox"/> 祖母				
父方	氏名		年齢		氏名		年齢	
	住所	同居・別居	別居の住所					
	<input type="checkbox"/> 就労 (就労先 ) <input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号 ) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院(週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 就労 (就労先 ) <input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号 ) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院(週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院					
		<input type="checkbox"/> 祖父		<input type="checkbox"/> 祖母				
母方	氏名		年齢		氏名		年齢	
	住所	同居・別居	別居の住所					
	<input type="checkbox"/> 就労 (就労先 ) <input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号 ) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院(週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 就労 (就労先 ) <input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号 ) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院(週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院					
症状番号	①神経痛 ②高血圧 ③腰痛 ④糖尿病 ⑤心臓病 ⑥リュウマチ ⑦統合失調症 ⑧骨折 ⑨脳内出血 ⑩身体障害者 ⑪その他(症状番号欄に具体的に記入してください)							

**⑤ 他の小学校就学前の兄弟姉妹の状況**

区分	兄弟姉妹の氏名
<input type="checkbox"/> 同じ保育所等・幼稚園等の利用を申し込んでいる。	
<input type="checkbox"/> 申込先と同じ保育所等・幼稚園等を利用している。	
<input type="checkbox"/> 別の保育所等・幼稚園等に利用の申込みをしている。 理由 ( )	
<input type="checkbox"/> 別の保育所等・幼稚園等を利用している。 理由 ( )	
<input type="checkbox"/> 次の理由で申し込んでいない。 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設を利用している。(施設名 ) <input type="checkbox"/> 勤務先等に連れて行っている。 <input type="checkbox"/> 親族等がみている。 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

(裏面)

### ⑥ 個人番号（マイナンバー）

下の表に次に該当する方の個人番号（マイナンバー）を記入してください。

- ・保護者
- ・申請児童
- ・①世帯の状況 に記入した者のうち要介護認定又は障害者手帳・療育手帳が有となる者
- ・保育の利用を必要とする理由が疾病・障害、介護等の場合のその理由となる対象の者
- ・就学や施設入所等の理由で別居している申請児童の兄弟姉妹

氏名	児童との続柄	個人番号(マイナンバー)

※個人番号（マイナンバー）は、保育料の算定や保育の利用を必要とする理由を確認するために使用するもので、正確に記入してください。

※認定こども園・幼稚園・保育園・家庭的保育事業者・小規模保育事業者・事業所内保育事業者・居宅訪問事業者（以下「保育施設等」と言います。）は、この用紙及び記載内容をコピー・転記その他記録することを厳禁とします。また、保育施設等はこの用紙を扱う者を制限し、かつ保管は鍵付で容易に持ち運びができない書棚・金庫等に保管すること。

### 食物アレルギー調査票

<b>お子様にアレルギーがありますか？</b>
<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <span style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">[</span> <span style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">「あり」の場合、その内容</span> <span style="font-size: 2em; margin-left: 10px;">]</span> </div>

## 教育施設利用に関する確認・同意書

※以下の確認事項及び同意事項をよくお読みの上、裏面にご署名をお願いします（ご署名・捺印をもって同意されたものとみなします）。

### ■ 確認事項

1. 申込後、世帯の状況に変更が生じた場合は、変更申請書に必要書類を添付し、早急に市に提出してください。申込内容が事実と異なる場合、支給認定を取り消すことがあります（支給認定が取り消されると教育施設を退園することになります）。
2. **利用を希望する教育施設の見学をし、説明を受けてください。園により保育目標が異なることや、保育料以外に実費（制服や預かり保育料など）の徴収、上乗せ徴収している場合があります。必ず事前に確認してください。**
3. **該当する場合に必要となる市区町村税徴収額決定（変更）通知書の提出がない場合は、各支給認定区分で最も高い保育料で決定します。**
4. 支給認定を受けた後に、申込み内容に変更が生じた場合は、支給認定の変更を申請してください。変更内容によっては、お手元にある支給認定証を市に返還していただいたうえで、新たな支給認定証を交付します（申請内容が事実と異なる場合、支給認定を取り消すことがあります）。
5. 支給認定証を棄損した場合は、支給認定証の再交付を申請していただく必要があります。その際は、手元にある棄損した認定証を市に返還し、新たな支給認定証の交付を受けてください。支給認定証を紛失した場合も再交付の申請が必要となります。再交付後に紛失した支給認定証を発見した場合は、すみやかに市に返還してください。
6. 入園決定後、教育施設での説明会が行われる場合は必ず参加してください。日時等の詳細については園にお問い合わせください。
7. 教育施設が定める「きまり」を守り、支給認定を受けた利用時間の中で、園の開設時間内に送迎してください。

### ■ 同意事項

8. 保育料の滞納がある場合、教育施設の職員が督促を行います。それでもなおお納付がない場合には、市が徴収を代行する場合があります。また、保育料の収納情報を必要に応じて、市が教育施設に確認することがあります。
9. 適正に保育料を算定するため、税務課から必要な年度の市民税課税情報を取得することがあります。他にも、以下の課から資料を取得することがあります。また、これらの課からの求めに応じ資料を提供することがあります。
  - ・市民課（戸籍、住民票）
  - ・保護課（生活保護）
  - ・学校教育課（公立幼稚園の利用状況）
  - ※同様の業務を行う他の市区町村の組織も含まれます。
10. 適正な保育の実施等を行うため、以下の課から資料を取得することがあります。また、これらの課からの求めに応じ資料を提供することがあります。
  - ・市民課（戸籍、住民票）
  - ・保護課（生活保護）
  - ・市民健康課（児童の生育に関すること）
  - ・障害・社会福祉課（児童の障害に関すること）
  - ・防災安全課（災害発生時）
  - ・消防局（火災・救急発生時）
  - ・収納課（滞納関係）
  - ※同様の業務を行う他の市区町村の組織も含まれます。
11. 利用開始後、お子さんの健康状態や発達の状況により、お子さんの健康状況の確認や集団保育の状況を見させていただくことがあり、場合によっては施設の利用に制限がかかる場合や必要な医療機関の受診等をお願いすることがあります。

薩摩川内市長 宛 支給認定にあたり、以上の記載事項について同意します。

(署名欄)

同意年月日 平成 年 月 日

住所 鹿児島県薩摩川内市

保護者①署名

印

保護者②署名

印

(署名欄)について  
・黒または青のボールペンで自筆で署名してください。

・スタンプタイプの印鑑はご使用にならな  
いでください。

児童名