

申込年月日	令和 年 月 日
-------	----------

令和7年度「福岡市型」こども誰でも通園制度利用申込書（共通）

1 福岡市の居住確認（提示）

お子様の福岡市への居住確認のため下記いずれかの書類を提示または写しをご提出ください。

福岡市子ども医療証、お子様の健康保険証、お子様の個人番号カード

事業所確認欄	
--------	--

2 保護者の本人確認（提示）

保護者の確認のため下記いずれかの書類を提示または写しをご提出ください。

運転免許証、母子手帳、保護者の健康保険証、保護者の個人番号カード

事業所確認欄	
--------	--

3 利用児童の氏名及び保護者の連絡先（記入）

ふりがな		生年月日			
利用希望される お子様のお名前		令和	年	月	日生
		男・女	令和7年4月1日現在の年齢【 歳】		
ふりがな		生年月日			
利用希望される お子様のお名前		令和	年	月	日生
		男・女	令和7年4月1日現在の年齢【 歳】		
ふりがな		連絡先			
保護者のお名前		携帯電話番号：			
		電子メール：			
ふりがな		連絡先			
保護者のお名前		携帯電話番号：			
		電子メール：			
ご住所					

※令和7年4月1日現在のお子様の年齢は正確に記入してください。

※事業所からのメール・電話が受信・受電できるように必要なお対応をお願いします。

3 保護者の属性（該当項目を選択）

「その他」の場合は（ ）内も記入してください。

保護者の属性	記入欄	項目
		短時間就労または不定期的に就労している家庭
		育児休業取得中の家庭
		その他（ ）

「優先利用者」もしくは「利用料減免確認希望者」以外の方は、以上で記入は終了です。

優先利用者確認票（優先利用者のみ記入）

1 優先利用者の確認（記入、提示）

該当する場合は記入欄に○を記入の上、下記のいずれかの確認書類を提示またはご提出ください。

事業所確認欄

記入欄	優先利用項目	確認書類（いずれか）
	ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 保護者の戸籍全部（個人）事項証明 <input type="checkbox"/> 離婚調停事件係属証明書 <input type="checkbox"/> 独身証明書 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他
	生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書
	お子様に障がいがある場合	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 障がい児通所受給者証 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 医師による診断書 <input type="checkbox"/> 専門的知見を有するものによる意見書 <input type="checkbox"/> その他
	利用を希望されるお子様の 兄弟姉妹が疾病・障がいがある 場合	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 障がい児通所受給者証 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 医師による診断書 <input type="checkbox"/> 専門的知見を有するものによる意見書 <input type="checkbox"/> その他
	保護者が疾病・障がいがある場合 （医師による診断書の場合は申込み 日より1年以内発行のもの）	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 障がい年金手帳 <input type="checkbox"/> 医師による診断書 <input type="checkbox"/> その他
	多胎児	
	兄弟姉妹同時利用・同時申込み	・令和6年度から継続して利用されているお子様の兄弟姉妹が令和7年度新規に申込みされる場合も対象。

2 他事業所紹介希望の有無（希望者のみ記入）

希望事業所で利用ができない場合に福岡市から他事業所への紹介を希望される場合は下記に○をお願いします。

他事業所への紹介を希望する。

○後日、福岡市より定員に余裕がある事業所をご紹介します。（連絡は電子メールにて行います。また、近隣の事業所のご紹介とならない場合があります。）

○紹介を受けた事業所への利用申込みは保護者で行って頂く必要があります。

○福岡市で確認している空き情報は、各事業所からの報告時点の情報となりますので、お申し込み時点での空き情報と異なります。お申し込み前に各事業所に空き情報ご確認の上、お申し込みをください。

3 利用希望日（該当者のみ記入）

療育や通院や他サービス利用のために特定曜日の利用ができない場合は、利用ができない曜日に×、療育や通院や他サービス利用のために特定日のみの利用を希望される場合は、利用希望曜日に○をつけてください。

月 火 水 木 金 土

利用料減免確認希望記入票（減免確認希望者のみ）

1 利用料減免確認の希望（記入）

福岡市にて利用料減免の該当の有無の確認を希望される場合は記入欄に○をお願いします。

記入欄		対象者	減免後利用料金 (300円/時の場合)
	①	生活保護世帯（保護受給証明書を事業所へご持参ください）	無料
	②	住民税非課税世帯の方	60円/時
	③	世帯の市町村民税所得割合算額が77,101円未満の方 (年収360万円未満相当の世帯が対象です)	90円/時

※同一世帯に属する全員の課税情報を確認します。

※以下に基づき減免該当の有無を確認します。

・令和7年4月～6月利用分

→令和6年度の住民税課税情報（令和5年1月から12月までの収入による）

・令和7年7月～令和8年3月利用分

→令和7年度の住民税課税情報（令和6年1月から12月までの収入による）

なお、令和6年1月1日現在、令和7年1月1日現在、住民票が福岡市以外にある方は、当該年度にかかる住民税課税情報を福岡市では確認はできませんので、利用者ご自身で令和6年1月1日現在、令和7年1月1日現在の住民票がある市町村に世帯全員の課税証明書の発行をお願いしてください。

・令和7年4月～6月の間に利用を開始された場合、令和7年6月末に令和7年度住民税課税情報に基づき、令和7年7月以降の利用料減免該当を再度確認します。

【市記入備考欄】
