

議案第 1 1 号

大野市私立幼稚園就園奨励費補助金交付要綱等の一部を改正する要綱  
案について

令和 4 年 3 月 2 8 日 提出

大野市教育委員会  
教育長 久保俊岳

提案理由

性の多様性に配慮した申請手続等の見直しに伴い、大野市教育委員会告示で定める要綱における様式中の性別記載欄を改めるため

大野市教育委員会告示第 号

大野市私立幼稚園就園奨励費補助金交付要綱等の一部を次のように改正する。

令和4年3月 日

大野市教育委員会

(大野市私立幼稚園就園奨励費補助金交付要綱の一部改正)

第1条 大野市私立幼稚園就園奨励費補助金交付要綱(昭和55年教育委員会告示第18号)の一部を次のように改正する。

様式第3号を別紙のように改める。

(大野市生涯学習わく湧くお届け講座実施要綱の一部改正)

第2条 大野市生涯学習わく湧くお届け講座実施要綱(平成9年教育委員会告示第1号)の一部を次のように改正する。

様式第1号を別紙のように改める。

(大野市青年活動推進事業補助金交付要綱の一部改正)

第3条 大野市青年活動推進事業補助金交付要綱(平成30年教育委員会告示第5号)の一部を次のように改正する。

様式第2号及び様式第9号を別紙のように改める。

(大野市立社会福祉事業施設における苦情解決に関する要綱の一部改正)

第4条 大野市立社会福祉事業施設における苦情解決に関する要綱(令和3年教育委員会告示第21号)の一部を次のように改正する。

様式第1号中「、性別」を削る。

(大野市病児デイケア事業実施要綱の一部改正)

第5条 大野市病児デイケア事業実施要綱(令和3年教育委員会告示第23号)の一部を次のように改正する。

様式第1号を別紙のように改める。

(大野市すみずみ子育てサポート事業実施要綱の一部改正)

第6条 大野市すみずみ子育てサポート事業実施要綱(令和3年教育委員会告示第24号)の一部を次のように改正する。

様式第1号及び様式第2号を別紙のように改める。

(大野市3人っ子応援プロジェクトの取扱い等を定める要綱の一部改正)

第7条 大野市3人っ子応援プロジェクトの取扱い等を定める要綱(令和3年教育委員会告示第25号)の一部を次のように改正する。

様式第1号及び様式第2号を別紙のように改める。

(大野市特別保育事業の実施に関する要綱の一部改正)

第8条 大野市特別保育事業の実施に関する要綱(令和3年教育委員会告示第37号)の一部を次のように改正する。

様式第4号を別紙のように改める。

(大野市特定子ども・子育て支援施設等の確認に関する要綱の一部改正)

第9条 大野市特定子ども・子育て支援施設等の確認に関する要綱(令和3年教育委員会告示第39号)の一部を次のように改正する。

様式第2号を別紙のように改める。

(大野市家庭育児応援手当支給事業実施要綱の一部改正)

第10条 大野市家庭育児応援手当支給事業実施要綱(令和3年教育委員会告示第44号)の一部を次のように改正する。

様式第1号及び様式第7号を別紙のように改める。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

保育料等減免措置に関する調書

年 月 日作成

1 園児の指名		② 幼稚園名		
年 月 日生 満 歳 月				
③ 園児の属する世帯の状況（4月1日現在）				
兄・弟・姉・妹のうち在園児名（ ）				
氏 名	生年月日 (満 年 齡)	続柄	市 民 税 課 税 額	
			均等割額	所得割額
	年 月 日 ( 歳)			
	年 月 日 ( 歳)			
	年 月 日 ( 歳)			
	年 月 日 ( 歳)			
	年 月 日 ( 歳)			
	年 月 日 ( 歳)			
	年 月 日 ( 歳)			
	年 月 日 ( 歳)			
⑤ 園児の保護者の住 所・氏名	現住 所		氏名	
上記のものは、当幼稚園の在園児であることを証明します。				
年 月 日 設置者氏名				
大野市長 様				

備考：「園児の属する世帯の状況」欄には、園児と生計を共にする者について記入すること

様式第1号(第6条関係)

大野市生涯学習  
わく湧くお届け講座申込書

年 月 日

大野市生涯学習センター館長 様

団体名

代表者 住所

氏名

印

電話

(事務連絡者氏名)

(電話)

次のとおり大野市生涯学習わく湧くお届け講座を申し込みます。

希望日時	第1希望	年 月 日( ) 時 分～ 時 分
	第2希望	年 月 日( ) 時 分～ 時 分
開催場所		
希望講座	第1希望	
	第2希望	
参加予定人数		人
参加予定者年齢層		
集会等の名称		
集会開催目的		
備考 希望講座の内容で特にお知りになりたいこと等		

※ 希望日時及び希望講座の第2希望欄は、必要があればご記入下さい。

※ 参加予定者年齢層及び備考欄は、より充実した講座にするためですので、ご記入の程  
お願いいたします。

青年活動推進事業計画書

団体名 \_\_\_\_\_

①現時点のメンバー構成（当てはまる項目を○で囲んでください。（複数選択可））	
中学生、高校生、専門学校・短大・大学生、社会人 ／10代、20代、30代、40代、50代以上	
②構成人数	人
③事業達成目標（できるだけ具体的に）	
④事業計画（できるだけ具体的に）	
【目的】	
【内容】	

※頁が不足する場合は適宜頁を増やしてください。







【相談記録】

【想定原因】

- |                                  |                                |                                 |
|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 説明・情報不足 | <input type="checkbox"/> 職員の態度 | <input type="checkbox"/> サービス内容 |
| <input type="checkbox"/> サービス量   | <input type="checkbox"/> 権利侵害  |                                 |
| <input type="checkbox"/> その他 (   |                                | )                               |

【処理経過】

【結 果】

大野市教育委員会 様

申請者（保護者）

住 所

氏 名

電話番号

大野市病児デイケア事業利用申請書（兼登録台帳）

大野市病児デイケア事業を利用したいので、以下の項目に同意し申請します。

- ①（大野市に住民登録がある方）病児保育事業の負担金算定のために、大野市が住民基本台帳の世帯情報、市町村民税の情報、生活保護の情報、児童扶養手当の情報、母子家庭等医療費助成の情報等を閲覧すること。
- ②（他市町に住民登録のある方）病児保育事業の負担金算定のために、病児デイケア事業利用申請書の写しを住民登録のある広域利用締結市町あてに提供すること。

該当するものすべてにレ印をつけてください。 （大野市に住民登録がある方）		<input type="checkbox"/> 第3子以降の子ども <input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給世帯 <input type="checkbox"/> 母子家庭等医療費助成世帯										
ふりがな							生年	年	月	日		
児童氏名							月日	（ 歳		月）		
住所	（〒 - ）											
在籍中の保育園等	こども園・保育園・幼稚園・小学校											
看護できない理由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> その他（ ）											
利用を希望する期間	日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	午前											
	午後											
※日付と○を記入												
利用の区分	<input type="checkbox"/> 病児（病気治療中）保育 <input type="checkbox"/> 病後児（病気回復期）保育											
緊急時の連絡先	連絡先						電話番号					

※市担当者記入欄

生活保護	市町村民税	ひとり親家庭	第3子以降	利用料
該当・非該当	課税・非課税	該当・非該当	該当・非該当	自費・還付・窓口無償
				円

年 月 日

大野市教育委員会 様

住 所

申請者氏名

(保護者氏名)

電話番号(        -        -        )

大野市すみずみ子育てサポート事業登録申込書

次のとおり大野市すみずみ子育てサポート事業の登録を申し込みます。

児童氏名、 又は第1子 を出産予定 の妊婦の氏 名	ふりがな 氏 名			
	年 月 日生 (満 歳 月)			
家庭の状況	氏名	続柄	生年月日	職業及び勤務先 (電話番号)
希望するサポート の内容				
事業を希望する理 由			児童の特徴、 行動及び性格	
児童の健康状態				
緊急連絡先	① 電話番号(        -        -        )			
	② 電話番号(        -        -        )			

大野市教育委員会 様

申請者住所  
申請者氏名  
(保護者氏名)  
電話番号

大野市すみずみ子育てサポート事業利用申請書

次のとおり大野市すみずみ子育てサポート事業の利用を申請します。

事業の対象となる児童又は第1子を出産予定の妊婦	氏 名		生年月日	年齢	【該当するものを選択】	
					<input type="checkbox"/> 子育て家庭 <input type="checkbox"/> 生後1か月未満の第1子又は第2子 <input type="checkbox"/> 3人っ子応援プロジェクトの認定を受けた児童又はそのきょうだい（世帯内の認定を受けた児童数 人）	
					<input type="checkbox"/> 第1子を出産予定の妊婦（母子手帳を添付※）	
その他の家族の状況	氏 名	続柄	生年月日	年齢	職 業	備 考
希望するサポート内容（該当する項目を選択）	<input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 送 迎（ ~ ） <input type="checkbox"/> 家事援助（ ）					
サポートを必要とする理由（該当する項目を選択） ※記載なき場合補助対象としません。	<input type="checkbox"/> 就職活動 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 通院・体調不良 <input type="checkbox"/> 免許取得・更新等事務手続き <input type="checkbox"/> 家事支援・引っ越し作業 <input type="checkbox"/> 習い事・勉強 <input type="checkbox"/> 行事・ボランティア活動 <input type="checkbox"/> 休息・リフレッシュ（スポーツ・美容） <input type="checkbox"/> 保育所入所までの一時的な預かり <input type="checkbox"/> 子どもの看護等間の生活支援 <input type="checkbox"/> 仕事（原則継続就労など保育所利用が可能な場合は除く。） <input type="checkbox"/> 残業 ●就労状況について（仕事に☑した場合に記入して下さい。） 週 _____ 日 曜日 <u>月・火・水・木・金・土・日</u> （○で囲んで下さい。） 週 _____ 時間 保育所入所の有無 <u>有・無</u> （○で囲んで下さい。） <input type="checkbox"/> やむを得ない事由（ ）					
サポートを必要とする期間	予 定	年 月 日（ ）	時から			
	変 更	年 月 日（ ）	時まで	合計 _____ 時間		
そ の 他						

※ 妊婦の氏名が分かる個所の写しを添付してください。

申請者記入不要

うち補助対象時間

時間

様式第1号(第4条関係)

3人っ子応援プロジェクト対象児童申請書

年 月 日

大野市教育委員会 様

申請者(保護者)

住 所

氏 名

電話番号

次の事業について、利用料金の無料化を受けたいので対象児童を申請します。

利用事業名	<input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児デイケア <input type="checkbox"/> すみずみ子育てサポート				
利用施設名					
世帯主氏名					
保護者が養育する子 (養育する子すべてを記入してください。)	氏 名	保護者との続柄	生年月日	年齢	対象となる子 (○を記入)
その他					

※ 利用事業名欄は、該当する□にレ印を記入すること。

※教育委員会記入欄

該当	非該当
----	-----

様式第2号(第4条関係)

3人っ子応援プロジェクト対象児童認定通知書

年 月 日

申請者

様

大野市教育委員会

次の事業の利用について、利用料金無料化の対象児童として認めます。

利用事業名	<input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児デイケア <input type="checkbox"/> すみずみ子育てサポート			
利用施設名				
保護者住所、氏名	住所 氏名			
対象児童氏名	氏名	保護者との続柄	生年月日	対象となる期間
				年 月まで
				年 月まで
				年 月まで
特記事項				

注1 対象となる期間は、当該対象児童が満6歳に達する日以後の最初の3月31日までとなります。

2 事業を利用するときは、この通知書を利用施設に提示してください。

3 対象児童が、対象となる期間を満了する前に対象外となる事由が発生したときは、速やかにその旨を届け出てください。

様式第4号(第12条関係)

大野市特別保育事業(延長保育・一時預かり)利用申請書(兼児童台帳)

年 月 日

大野市教育委員会 様

住所

保護者 氏名

電話番号( - - )

次のとおり特別保育事業(延長保育・一時預かり)を利用したいので、申請します。

特別保育の利用者負担額の算定等のために、住民基本台帳の世帯情報及び生活保護の情報を閲覧することに同意します。

児童氏名	ふりがな 氏名 年 月 日生(歳 月)		利用する 施設名称	
利用事業 (○で囲む。)	延長保育・一時預かり		認定区分 (在籍児のみ)	1号・2号・3号 短時間・標準時間
家庭の 状況 (上記の 児童を除く。)	氏名	続柄	生年月日	職業及び勤務先 (電話番号)
希望する保育日時	保育日 希望時間	年 月 日から 時 分から	年 月 日まで 時 分まで	
特別保育を利用する理由		アレルギー等の有無	無・有 (アレルギー等の内容)	
児童の健康状態・配慮が必要な事項				
緊急連絡先	①	電話		
	②	電話		

様式第2号（第2条関係）

法第58条の10第2項に掲げる者でないことの誓約書

子ども・子育て支援法（以下「法」という。）第30条の11の規定による確認の申請をするに当たり、下記の事項を誓約します。			
誓約者（申請者及びその役員又はその長及び管理者）			
役職名	フリガナ 氏名（署名）	生年月日	住所

記

- 1 申請者は、法第58条第10項に掲げる者ではありません。
- 2 申請者の役員及びその長は、子ども・子育て支援法施行令第22条第3項に掲げる者ではありません。
- 3 申請者は、大野市暴力団排除条例（以下「暴排条例」という。）第2条第2号又は第3号に規定する暴力団員等ではありません。
- 4 子ども・子育て支援施設の管理者及び施設等利用給付認定子どもの利益に重大な影響を及ぼす業務の全部又は一部について一切の裁判外の行為をなす権限を有し、又は当該管理者の権限を代行し得る地位にある職員は、暴力団による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員ではありません。
- 5 施設の運営について、暴排条例第2条第3号に規定する暴力団員等の支配を受けません。

※申請者が法人の場合にあっては、役員（理事及び監事等）全員が誓約すること。



大野市長 様

大野市家庭育児応援手当支給事業現況届

1 受給資格者及び配偶者の状況 提出日 年 月 日

受給資格者	住所				
	1月1日現在の住所	（上欄と異なる場合に記入してください。）			
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		対象児童との続柄		
	連絡先				
	職業	常勤・パート・自営業 無職・その他（ ）	育児休業給付金	受給している	受給していない
			児童手当受給資格	有	無
勤務先	(名称)	(勤務開始日)	年 月 日		
配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		対象児童との続柄		
	連絡先				
	職業	常勤・パート・自営業 無職・その他（ ）	育児休業給付金	受給している	受給していない
			児童手当受給資格	有	無
	勤務先	(名称)	(勤務開始日)	年 月 日	
住所	※受給資格と異なる場合				

2 対象児童の状況（同一世帯の第2子以降3歳未満の児童について記入してください。）

対象児童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		出生順位	
	住所	※受給資格者と異なる場合		

3 支給要件の確認（該当することを確認し、□に✓を付けてください。）

- 対象児童は保育所等に入所せず、家庭内で保育しています。
- 受給資格者及び配偶者は、生活保護を受けていません。
- 受給資格者及び配偶者は、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員又は同条第2号に規定する暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。

<添付資料>

- (1) 同意書（様式第2号）
- (2) 育児休業給付金等受給申請状況証明書（様式第3号）
- (3) 受給資格者及び配偶者の健康保険証の写し
- (4) 児童手当等を大野市以外から受給している公務員である場合は、児童手当受給証明書（様式第4号）
- (5) 受給資格者及び配偶者の所得の額と当該所得に係る市区町村民税の所得割合算額が確認できる市区町村が発行する証明書
- (6) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

事務処理欄

支給対象月	年	月	～	年	月（	月分）
支給額合計						
備考						

様式第3号 (第4条関係)

保育料等減免措置に関する調書

年 月 日作成

1 園児の指名  年 月 日生 満 歳 月		② 幼稚園名  - (男・女) ✓			
③ 園児の属する世帯の状況 (4月1日現在) 兄・弟・姉・妹のうち在園児名 ( )					
氏 名	生年月日 (満 年 齡)	性別	続柄	市 民 税 課 税 額	
				均等割額	所得割額
	年 月 日 ( 歳)				
	年 月 日 ( 歳)				
	年 月 日 ( 歳)				
	年 月 日 ( 歳)				
	年 月 日 ( 歳)				
	年 月 日 ( 歳)				
	年 月 日 ( 歳)				
	年 月 日 ( 歳)				
⑤ 園児の保護者の 住所・氏名		現住所			氏名
上記のものは、当幼稚園の在園児であることを証明します。  年 月 日 設置者氏名  大野市長 様					

備考：「園児の属する世帯の状況」欄には、園児と生計を共にする者について記入すること

(2条)

様式第1号(第6条関係)

大野市生涯学習  
わく湧くお届け講座申込書

年 月 日

大野市生涯学習センター館長 殿

団体名  
代表者 住所  
氏名  
電話  
(事務連絡者氏名)  
(電話)

次のとおり大野市生涯学習わく湧くお届け講座を申し込みます。

希望日時	第1希望	年 月 日( ) 時 分~ 時 分
	第2希望	年 月 日( ) 時 分~ 時 分
開催場所		
希望講座	第1希望	
	第2希望	
参加予定人数		<del>男 人</del> ・ <del>女 人</del> ・ <del>合計</del> 人
参加予定者男女年齢層		
集会等の名称		
集会開催目的		
備考 希望講座の内容で特にお知りになりたいこと等		

- ※ 希望日時及び希望講座の第2希望欄は、必要があればご記入下さい。
- ※ 参加予定者男女年齢層及び備考欄は、より充実した講座にするためですので、ご記入の程お願いいたします。

「大野市教育委員会規則で定める様式における局外称の表示を改める要綱」(令和4年教委告示第47号)において、様式中の「展覧」は「様」に改正されている。

様式第2号 (第5条関係)

青年活動推進事業計画書

団体名 \_\_\_\_\_

①現時点のメンバー構成(当てはまる項目を○で囲んでください。(複数選択可))	
中学生、高校生、専門学校・短大・大学生、社会人 / 10代、20代、30代、40代、50代以上	
②構成人数	男 <input checked="" type="checkbox"/> 人、女 <input checked="" type="checkbox"/> 人 ←計→ _____ 人
③事業達成目標 (できるだけ具体的に)	
④事業計画 (できるだけ具体的に)	
【目的】	
【内容】	

※頁が不足する場合は適宜頁を増やしてください。

(3条)

様式第9号(第11条関係)

## 青年活動推進事業 実施報告書

団体名 \_\_\_\_\_

事業実施結果 (活性化したか、組織化したか)	
した ・ しない	
※組織化した場合は次の①～③に記入	
①団体名	
②メンバー構成 (当てはまる項目を○で囲んでください。(複数選択可))	
中学生、高校生、専門学校・短大・大学生、社会人 / 10代、20代、30代、40代、50代以上	
③構成人数	男 <del>人</del> 、女 <del>人</del>  計 <del>人</del>
1 事業計画どおり進められましたか	はい・いいえ
2 良かった点	
3 課題、問題点、改善すべき点	
4 感想	
5 来年度の取組について (改善案、展望など)	



様式第1号(第5条関係)

苦情受付書

(施設名)

		受付No.	
受付日	年 月 日 ( 曜日 )	苦情の発生時期	年 月 日
記入者	苦情の発生場所		
申出 人	(ふりがな) 氏 名	住 所	Tel ( )
	利用者との関係	本人・親・子・その他 ( )	
申出人が本人以外の場合は、利用者の氏名、年齢、 <del>性別</del> 、連絡先を記入			
苦情 の 内 容	相談の分類	①保育の内容に関する事項    ②個人の嗜好・選択に関する事項 ③財産管理・遺産、遺言等    ④制度、施策、法律に関わる要望 ⑤虐待、放置、脅迫、詐欺等    ⑥その他	
申出 人 の 希 望 等			
申出人 の 要 望	<input type="checkbox"/> 話を聞いてほしい <input type="checkbox"/> 教えてほしい <input type="checkbox"/> 回答がほしい <input type="checkbox"/> 調査してほしい <input type="checkbox"/> 改めてほしい <input type="checkbox"/> その他 ( )		
申出人へ の 確 認	第三者委員への報告の要否	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 否
	話し合いへの第三者委員の助言、立会いの要否	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 否

(5条)

様式第1号 (第6条関係)

年 月 日

大野市教育委員会 様

申請者 (保護者)

住 所

氏 名

電話番号

大野市病児デイケア事業利用申請書 (兼登録台帳)

大野市病児デイケア事業を利用したいので、以下の項目に同意し申請します。

- ① (大野市に住民登録がある方) 病児保育事業の負担金算定のために、大野市が住民基本台帳の世帯情報、市町村民税の情報、生活保護の情報、児童扶養手当の情報、母子家庭等医療費助成の情報等を開覧すること。
- ② (他市町に住民登録のある方) 病児保育事業の負担金算定のために、病児デイケア事業利用申請書の写しを住民登録のある広域利用締結市町あてに提供すること。

該当するものすべてにレ印をつけてください。 (大野市に住民登録がある方)		<input type="checkbox"/> 第3子以降の子ども <input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給世帯 <input type="checkbox"/> 母子家庭等医療費助成世帯								
ふりがな		性別	<del>男</del> / <del>女</del>							
児童氏名		生年 月日	年 月 日 ( 歳 月)							
住所	(〒 - )									
在籍中の保育園等	こども園・保育園・幼稚園・小学校									
看護できない理由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
利用を希望する期間	日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	※日付と○を記入	午前								
	午後									
利用の区分	<input type="checkbox"/> 病児 (病気治療中) 保育 <input type="checkbox"/> 病後児 (病気回復期) 保育									
緊急時の連絡先	連絡先		電話番号							

※市担当者記入欄

生活保護	市町村民税	ひとり親家庭	第3子以降	利用料
該当・非該当	課税・非課税	該当・非該当	該当・非該当	自費・還付・窓口無償 円



様式第1号(第6条関係)

年 月 日

大野市教育委員会 様

住 所  
申請者氏名  
(保護者氏名)  
電話番号( - - )

大野市すみずみ子育てサポート事業登録申込書

次のとおり大野市すみずみ子育てサポート事業の登録を申し込みます。

児童氏名、 又は第1子 を出産予定 の妊婦の氏 名	ふりがな 氏 名				
	年 月 日生(満 歳 月)				
家庭の状況	氏名	続柄	生年月日	性別	職業及び勤務先 (電話番号)
希望するサポート の内容					
事業を希望する理 由			児童の特徴、 行動及び性格		
児童の健康状態					
緊急連絡先	①	電話番号( - - )			
	②	電話番号( - - )			

様式第2号 (第6条関係)

年 月 日

大野市教育委員会 様

申請者住所  
申請者氏名  
(保護者氏名)  
電話番号

大野市すみずみ子育てサポート事業利用申請書

次のとおり大野市すみずみ子育てサポート事業の利用を申請します。

事業の対象となる児童又は第1子を出産予定の妊婦	氏名	性別	生年月日	年齢	【該当するものを選択】	
					<input type="checkbox"/> 子育て家庭 <input type="checkbox"/> 生後1か月未満の第1子又は第2子 <input type="checkbox"/> 3人っ子応援プロジェクトの認定を受けた児童又はそのきょうだい(世帯内の認定を受けた児童数 人)	
					<input type="checkbox"/> 第1子を出産予定の妊婦(母子手帳を添付※)	
その他の家族の状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業	備考
希望するサポート内容(該当する項目を選択)	<input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 送迎( ~ ) <input type="checkbox"/> 家事援助( )					
サポートを必要とする理由(該当する項目を選択) ※記載なき場合補助対象としない。	<input type="checkbox"/> 就職活動 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 免許取得・更新等事務手続き <input type="checkbox"/> 習い事・勉強 <input type="checkbox"/> 休息・リフレッシュ(スポーツ・美容) <input type="checkbox"/> 子どもの看護等の間の生活支援 <input type="checkbox"/> 仕事(原則継続就労など保育所利用が可能な場合は除く。) <input type="checkbox"/> 残業 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 通院・体調不良 <input type="checkbox"/> 家事支援・引っ越し作業 <input type="checkbox"/> 行事・ボランティア活動 <input type="checkbox"/> 保育所入所までの一時的な預かり <input type="checkbox"/> 残業 ●就労状況について(仕事に☑した場合に記入して下さい。) 週 _____ 日 曜日 月・火・水・木・金・土・日 (○で囲んで下さい。) 週 _____ 時間 保育所入所の有無 有・無 (○で囲んで下さい。) <input type="checkbox"/> やむを得ない事由( )					
サポートを必要とする期間	予定	年 月 日 ( )		時から		
	変更	年 月 日 ( )		時まで	合計	時間
その他	年 月 日 ( ) 時から 時まで 合計 時間					

※ 妊婦の氏名が分かる個所の写しを添付してください。

申請者記入不要 うち補助対象時間 時間

様式第1号(第4条関係)

3人っ子応援プロジェクト対象児童申請書

年 月 日

大野市教育委員会 様

申請者(保護者)

住 所

氏 名

電話番号

次の事業について、利用料金の無料化を受けたいので対象児童を申請します。

利用事業名	<input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児デイケア <input type="checkbox"/> すみずみ子育てサポート					
利用施設名						
世帯主氏名						
保護者が養育する子 (養育する子すべてを記入してください。)	氏 名	保護者との続柄	生年月日	<del>性別</del>	<del>年齢</del>	対象となる子 (○を記入)
その他						

※ 利用事業名欄は、該当する□にレ印を記入すること。

※教育委員会記入欄

該当	非該当
----	-----

(7条)

様式第2号(第4条関係)

3人っ子応援プロジェクト対象児童認定通知書

年 月 日

申請者

様

大野市教育委員会

次の事業の利用について、利用料金無料化の対象児童として認めます。

利用事業名	<input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児デイケア <input type="checkbox"/> すみずみ子育てサポート				
利用施設名					
保護者住所、氏名	住所 氏名				
対象児童氏名	氏名	保護者との続柄	生年月日	性別	対象となる期間
					年 月まで
					年 月まで
					年 月まで
特記事項					

- 注1 対象となる期間は、当該対象児童が満6歳に達する日以後の最初の3月31日までとなります。
- 注2 事業を利用するときは、この通知書を利用施設に提示してください。
- 注3 対象児童が、対象となる期間を満了する前に対象外となる事由が発生したときは、速やかにその旨を届け出てください。



様式第4号(第12条関係)

大野市特別保育事業(延長保育・一時預かり)利用申請書(兼児童台帳)

年 月 日

大野市教育委員会 様

住所  
保護者 氏名  
電話番号( - - )

次のとおり特別保育事業(延長保育・一時預かり)を利用したいので、申請します。

特別保育の利用者負担額の算定等のために、住民基本台帳の世帯情報及び生活保護の情報を閲覧することに同意します。

児童氏名	ふりがな 氏名 年 月 日生(歳 月)		利用する 施設名称		
利用事業 (○で囲む。)	延長保育 ・ 一時預かり		認定区分 (在籍児のみ)	1号・2号・3号 短時間 ・ 標準時間	
家庭の 状況 (上記の 児童を除く。)	氏名	続柄	生年月日	性別	職業及び勤務先 (電話番号)
希望する保育日時	保育日 希望時間	年 月 日から	年 月 日まで	時 分から 時 分まで	
特別保育を利用する理由		アレルギー等の有無	無・有 (アレルギー等の内容)		
児童の健康状態・配慮が必要な事項					
緊急連絡先	①	電話			
	②	電話			

様式第2号 (第2条関係)

法第58条の10第2項に掲げる者でないことの誓約書

子ども・子育て支援法（以下「法」という。）第30条の11の規定による確認の申請をするに当たり、下記の事項を誓約します。

誓約者（申請者及びその役員又はその長及び管理者）				
役職名	フリガナ 氏名（署名）	生年月日	住所	性別

記

- 1 申請者は、法第58条第10項に掲げる者ではありません。
- 2 申請者の役員及びその長は、子ども・子育て支援法施行令第22条第3項に掲げる者ではありません。
- 3 申請者は、大野市暴力団排除条例（以下「暴排条例」という。）第2条第2号又は第3号に規定する暴力団員等ではありません。
- 4 子ども・子育て支援施設の管理者及び施設等利用給付認定子どもの利益に重大な影響を及ぼす業務の全部又は一部について一切の裁判外の行為をなす権限を有し、又は当該管理者の権限を代行し得る地位にある職員は、暴力団による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員ではありません。
- 5 施設の運営について、暴排条例第2条第3号に規定する暴力団員等の支配を受けません。

※申請者が法人の場合にあっては、役員（理事及び監事等）全員が誓約すること。

様式第1号 (第6条関係)

住所  
氏名

大野市長 様

大野市家庭育児応援手当受給資格認定請求書

大野市家庭育児応援手当の認定を受けたいので、下記のとおり請求します。

記

1 認定請求者及び配偶者の状況 提出日 年 月 日

認定請求者	住所					
	※1月1日 時点の住所	上欄と異なる場合に記入してください。(※1月～8月分は前年、9月～12月分は本年1月1日の住所)				
	フリガナ	生年月日	年	月	日	
	氏名	<del>性別</del>	対象児童 との続柄			
	連絡先					
	職業	常勤・パート・自営業 無職・その他( )	育児休業 給付金	受給している 受給していない		
			児童手当 受給資格	有 無		
勤務先	(名称)	(勤務開始日)	年	月	日	
配偶者	フリガナ	生年月日	年	月	日	
	氏名	<del>性別</del>	対象児童 との続柄			
	連絡先					
	職業	常勤・パート・自営業 無職・その他( )	育児休業 給付金	受給している 受給していない		
			児童手当 受給資格	有 無		
	勤務先	(名称)	(勤務開始日)	年	月	日
住所	※認定請求者と異なる場合					

2 対象児童の状況 (同一世帯の第2子以降3歳未満の児童について記入してください。)

対象児童	フリガナ	生年月日	年	月	日
	氏名	出生順位			
	住所	※認定請求者と異なる場合			



様式第7号 (第9条関係)

大野市長 様

大野市家庭育児応援手当支給事業現況届

1 受給資格者及び配偶者の状況 提出日 年 月 日

受給資格者	住所					
	1月1日現在の住所	(上欄と異なる場合に記入してください。)				
	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		<del>性別</del>	<del>対象児童との続柄</del>		
	連絡先					
	職業	常勤・パート・自営業 無職・その他 ( )	育児休業給付金	受給している	受給していない	
		児童手当受給資格	有	無		
勤務先	(名称)	(勤務開始日)		年 月 日		
配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		<del>性別</del>	<del>対象児童との続柄</del>		
	連絡先					
	職業	常勤・パート・自営業 無職・その他 ( )	育児休業給付金	受給している	受給していない	
			児童手当受給資格	有	無	
	勤務先	(名称)	(勤務開始日)		年 月 日	
住所	※受給資格と異なる場合					

2 対象児童の状況 (同一世帯の第2子以降3歳未満の児童について記入してください。)

対象児童	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		出生順位			
	住所	※受給資格者と異なる場合				