

「福岡市型」こども誰でも通園制度へ利用申込みをされる皆様

「福岡市型」こども誰でも通園制度へ利用申込みされる場合は、「乳児等支援給付認定」の申請（申請方法は別紙「利用のご案内」裏面参照）を行っていただいた後で、以下の注意事項をご確認のうえ、ご利用希望の事業所へ必要書類をご提出ください。

【必要書類】

- ① 「福岡市型」こども誰でも通園制度利用申込書（本書類）
- ② 保護者の福岡市居住確認書類（下記いずれか）
「個人番号カード」、「運転免許証」、「健康保険の資格確認書」
- ③ 乳児等支援支給認定証
- ④ 優先利用者確認書類
「ひとり親家庭等医療証」、「障がい者手帳」、「生活保護受給証明書」など

【優先利用者】

○以下に該当する方は優先利用者とさせていただきます。

「お子様に障がいがある場合」「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」「保護者が疾病・障がいがある場合」「ひとり親家庭」「多胎児」「兄弟姉妹が同時に同じ事業所を利用または同じ事業所へ申込み場合」「生活保護世帯」「関係機関からの紹介」

【注意事項】

○お子様お一人につき、**週1回程度、実施事業所が指定した時間で月最大40時間まで**のご利用となります。

なお、福岡市外の事業所をご利用される際は、月最大利用時間や利用形態は福岡市とは異なりますので、利用される事業所のある自治体ホームページ等をご確認ください。

○利用料金（1時間あたり300円）の他に給食代、雑費等が必要になります。詳細は福岡市ホームページにてご確認ください。

○生活保護世帯、住民税非課税世帯、住民税が福岡市の定める基準以下の世帯は利用料（利用料金以外の給食代・雑費は減免対象ではありません）の減免があります。減免の該当の有無につきましては、乳児等支援支給認定証に記載します。該当の有無を電話やメールでお答えすることはできませんので、予めご了承ください。

○不適切な養育の疑いを確認した場合等には、関係機関へ情報提供する場合がありますので、ご了承ください。

【問い合わせ先】

福岡市こども未来局事業調整課

電話：092-711-4340

E-mail: jigyochosei.CB@city.fukuoka.lg.jp

「福岡市型」こども誰でも通園制度利用申込書（共通）

1 保護者の本人確認（提示）

保護者の本人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。

個人番号カード、運転免許証、健康保険証の資格確認書

2 乳児等支援支給認定証確認（提示）

事業所確認欄	
--------	--

福岡市から交付された「乳児等支援支給認定証」をご提示ください。

※事業所は記載内容の確認（認定市町村、加算情報等）を行ってください。

3 保護者の連絡先（記入）

事業所確認欄	
--------	--

フリガナ		連絡先（市届出連絡先）	
保護者のお名前 (①申請者)		携帯電話番号：	
		電子メール：	
生年月日		子との続柄	
ご住所			
フリガナ		連絡先	
保護者のお名前		携帯電話番号：	
		電子メール：	
生年月日		子との続柄	
ご住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる		

・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ご対応をお願いします。

4 利用児童の氏名（記入）

フリガナ		生年月日	
利用希望される お子様のお名前		男・女	令和8年4月1日現在の年齢【 歳】
		利用希望開始日	令和 年 月 日
ご住所※	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる		
フリガナ		生年月日	
利用希望される お子様のお名前		男・女	令和8年4月1日現在の年齢【 歳】
		利用希望開始日	令和 年 月 日
ご住所※	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる		

・令和8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。

「優先利用者」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7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8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
---	---	---	---	---	---