



施設の利用にあたって

幼稚園、認定こども園（1号認定子どもに限る）は、集団生活の体験や幼児教育を受けさせたいと考える人のために就学前教育を行う施設です。幼稚園、認定こども園の利用を希望する場合は、保育の必要性についての有無に基づいた認定（給付認定）を受ける必要があります。

給付認定の区分

給付認定は、お子さんの年齢や保育の必要性に応じて3つの認定区分に分けられ、その区分によって利用できる施設や時間が変わります。

認定区分	対 象		利用できる主な施設※
1号認定（教育標準時間認定）※	満3歳以上	幼稚園等での教育を希望	幼稚園、認定こども園
2号認定（保育認定）		下表の「保育を必要とする事由」に該当し、保育を希望	保育園、認定こども園
3号認定（保育認定）	満3歳未満		

※1号認定の入園案内は、とりやの子ども園または役場子育て支援室（行政サービス庁舎）で受け取れます。

利用の手続き(流れ)

提出書類をもとに、給付認定（新規利用の方のみ）を行います。4/1入園の方には令和5年度中に支給認定証を送付予定です。4/1以降に入園の方には、入園時期が近づいてきましたら送付いたします。

申し込み後に、入園の中止や申込内容に変更があった場合は、速やかに役場子育て支援室までご連絡ください。

町内認定こども園の利用を希望する場合

- ①認定こども園に利用申込書を提出します
- ②認定こども園から内定を受けます
- ③認定こども園を通じて役場子育て支援室へ給付認定申請書を提出します
- ④役場子育て支援室から支給認定証が交付されます
- ⑤認定こども園と契約します

町外幼稚園、認定こども園の利用を希望する場合

町外施設から内定（上記の流れ②）を受けたうえで、役場子育て支援室で給付認定申請書を受け取り、役場子育て支援室へ必要書類を添えてご提出ください。

必要書類

- ① 令和6年度 教育・保育給付認定申請書兼入園申込書
- ② 個人番号通知カード ※R6.4.1から新規に入園される方のみ…保護者（父母）及び入園児童の分
- ③ 提出者の本人確認書類（運転免許証など）

申込受付期間：令和5年11月1日(水)～11月30日(木)【期間厳守】

年度途中からの利用を希望される場合は、希望する施設へその旨お知らせください。ただし、定員等の都合でご希望にそえないことがあります。



中能登町の認定こども園

教育・保育施設名	住所	電話番号
私立（幼保連携型認定こども園）		
とりやのの子ども園	春木 11 部 38 番地	74-0135



教育・保育事業の内容(1号認定)

町内認定こども園で実施している教育・保育事業の内容は次のとおりです。

施設名	【私立認定こども園】
教育・保育内容	幼保連携型認定こども園 とりやのの子ども園
入園年齢	満3歳から入園できます。
標準教育時間	【平日】9:30~13:30 ※前後1時間は登降園時間
一時預かり※	14:30~19:00

※一時預かり利用料

【14:30~16:30】1回200円（おやつ代込）、【16:30~18:00】50円/30分、【18:00~19:00】100円（おやつ代込）/30分

利用者負担額(保育料)について

利用者負担額（保育料）は令和元年10月からの無償化により無料となりました。ただし、給食費（主食費、副食費）、教材費等については別途負担となります。施設により金額が異なりますので直接施設にお問い合わせください。

副食費の免除及び補助について

副食費は町民税所得割課税額77,100円以下の世帯については免除となっています。また、町民税所得割課税額77,101円以上の世帯に関しては、第2子以降は町が1か月当たり最大4,500円の補助を行います。

世帯の階層区分		【教育標準時間認定(1号)】	副食費負担額
第1階層	生活保護世帯		0円
第2階層	町民税非課税世帯 及び 均等割のみ課税世帯		0円
第3階層	町民税所得割課税額 77,100円以下		0円
第4階層	町民税所得割課税額 211,200円以下		実費負担
第5階層	町民税所得割課税額 211,201円以上		実費負担

副食費負担額の算定期

4月分	5月分	6月分	7月分	8月分	9月分	10月分	11月分	12月分	1月分	2月分	3月分
令和5年度の町民税に基づき算定						令和6年度の町民税に基づき算定					

副食費のお知らせは、毎年4月と9月の予定です。9月分から算定基準年度が切り替わります。

ただし、制度の改正等により算定基準年度および算定期が変わる場合があります。

副食費負担額の納入について

副食費の納付先は原則、利用施設となっています。

詳しくは直接施設にお問い合わせください。

～お問い合わせ先～

★町内保育施設（連絡先は上記確認）

★役場子育て支援室（行政サービス庁舎）

TEL 72-3134

申請書の記入例

- ◎黒いボールペンまたは黒インクではっきり書いてください。消えるインクを使用したペンでの記入はしないでください。
- ◎修正箇所は二重線を引いて訂正印を押してください。修正ペン・修正テープは使用しないでください。
- ◎記入漏れ・押印漏れがないように再度確認をお願いします。

令和6年度 教育・保育給付認定申請書 兼 入園申込書

中能登町長 殿 **番地・アパート・部屋番号まで記入** 令和 **××** 年 **××** 月 **××** 日

保護者住所 中能登町 ●● ××部 ▲▲番地 **押印不要**

継続入園…前年度も同じ園に通園の場合

氏名 **中能登 太郎** 児童との続柄 (父・母)

次のとおり、保育園等の入園及び施設型給付費・地域型保育給付費に係る給付認定を申請します。

申請児童	氏名及び生年月日		個人番号		性別	年齢
	(ふりがな) なかのと いちろう 中能登 一郎 生年月日：平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日		<input checked="" type="checkbox"/> 新規入園→下欄に個人番号を記入 <input type="checkbox"/> 継続入園→個人番号の変更(有・無) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1		<input checked="" type="checkbox"/> 男・女 (第 3 子)	3 歳児 R6.4.1 現在
支給認定者番号 (××××) *既に認定を受けている場合に記入					障害または療育手帳 (有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)	
保育の希望 (いずれかに○)	有	保護者の労働等の理由により、保育園又は認定こども園(保育機能部分)での保育の利用を希望				
	<input checked="" type="checkbox"/> 無	認定こども園等(幼稚園機能部分)での教育の利用を希望(保育との併願を除く)				
利用を希望する施設名	第1希望	●●●認定こども園 (希望理由: 自宅から近いため)				
	第2希望	■●●幼稚園 (希望理由: 母の職場から近いため)				
利用希望期間	令和 6 年 4 月 1 日 ~ 令和 7 年 3 月 31 日					
希望する利用時間	平日	土曜日		希望する保育必要量	記入不要	
	9時30分~13時30分	時 分 ~ 時 分				

◆児童の家庭の状況◆ (父母は単身赴任等で別居の場合も記入)

続柄	氏名	生年月日		年齢	勤務先又は学校名等	R5.1.1の住民登録地
		個人番号 *新規のみ				
父	中能登 太郎 (平成××年××月××日生)	<input checked="" type="checkbox"/> 新規→下欄に個人番号を記入		32	●●株式会社	<input checked="" type="checkbox"/> 町内・ <input type="checkbox"/> 町外
		<input type="checkbox"/> 継続→番号の変更(有・無) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2				
母	中能登 花子 (平成××年××月××日生)	<input checked="" type="checkbox"/> 新規→下欄に個人番号を記入		29	スーパー▲▲	<input type="checkbox"/> 町内・ <input checked="" type="checkbox"/> 町外 金沢市
		<input type="checkbox"/> 継続→番号の変更(有・無) 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8				
姉	中能登 夢子	平成××年××月××日		9	鳥屋小学校	<input type="checkbox"/> 町内・ <input checked="" type="checkbox"/> 町外
兄	中能登 良男	平成××年××月××日		5	とりやの子ども園	<input type="checkbox"/> 町内・ <input checked="" type="checkbox"/> 町外
祖父	中能登 松雄	昭和××年××月××日		69	無職	<input type="checkbox"/> 町内・ <input checked="" type="checkbox"/> 町外
祖母	中能登 竹子	昭和××年××月××日		62	無職	<input type="checkbox"/> 町内・ <input checked="" type="checkbox"/> 町外
		年 月 日				町内・町外
保育料減免適用確認欄	該当 (しない・ <input checked="" type="checkbox"/> する)		<input type="checkbox"/> ひとり親(離婚・死別・未婚) <input type="checkbox"/> 里親 <input type="checkbox"/> 生活保護適用 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯(氏名: 竹子 児童との続柄: 祖母)			
連絡先	自宅: ××-×××× 携帯(父): ×××-××××-×××× 携帯(母): ×××-××××-××××					

◆保育を必要とする理由◆ (保育の希望「有」の場合) いずれかひとつにチェック

保護者	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"/> 育休取得中 <input type="checkbox"/> その他 ()
	母	<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"/> 育休取得中 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(予定日: 令和 年 月 日頃) *産後の予定(育休・仕事復帰・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()

◆個人情報等の提供に当たっての同意欄◆

中能登町が「中能登町特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の利用に要する費用徴収条例第2条第2項」に基づき、施設型給付費・地域型保育給付費等の給付認定事務手続きに限り地方税関係情報(同一世帯者含む)の取得および、世帯情報の閲覧、またその情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

同意者(保護者)署名 **中能登 太郎**

押印不要

☆MEMO☆

