

新規 継続

平成30年度施設型給付費・地域型給付費  
 (施設利用申込書・施設型給認定申請書)

申請者本人が自署・押印してください。

該当する方を○で囲んでください。

阿波市長 殿

申込者(保護者) 阿波 太郎 (印)

次のとおり施設型給付費・地域型給付費に係る世帯者(阿波市料)について、食物アレルギーの有無について該当するものを○で囲んでください。  
 平成30年4月1日現在の年齢を記入してください。  
 情報に基づき決定した利用者負担額(保育料・幼稚園等)は

申請に係る小学校就学前子ども	氏名 あわ いちろう <b>阿波 一郎</b>	生年月日 平成26年 7月25日生	平成29年4月1日現在の年齢 3 歳	性別 男・女	備考
アレルギーの有無	有・無	障害者手帳等の有無	有・無	連絡がしやすい電話番号を記入してください。	
保護者住所・連絡先	(住所) 阿波市市場町切幡字古田201番地1 (連絡先) (自宅)0883-36-6813 (母携帯)090-1234-5678				
(※1)認定者番号	申込時に入所中の場合 ( )保育所・幼稚園・認定こども園				
(※2)保育・教育の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 保育 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育の利用を希望する。 <input type="checkbox"/> 教育 教育を希望する。 → さらに預かり保育も希望する (する)				

どこにも通っていない場合は記入の必要はありません。

(※1) 既に支給認定を  
 (※2) ・0～2歳児は、「保育」を希望する場合は、2号認定又は3号認定になります。  
 ・3～5歳児は、「教育」を希望する場合は、1号認定になります。  
 (教育) してください。  
 ・「保育」を○で囲んだ場合は①～③に、「教育」を○で囲んだ場合は①②に必要な

単身赴任、別居中など

①世帯の状況(申請児童を除き、同一敷地内全員記入。別居等単身赴任も記入。)

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	障害者手帳の有無	備考
児童の世帯員	(ふりがな) あわ たろう <b>阿波 太郎</b>	父	S 50年 7月25日生	男・女	会社員	有・無	
	(ふりがな) あわ はなこ <b>阿波 花子</b>	母	S 52年 8月 8日生	男・女	会社員	有・無	
	(ふりがな) あわ じろう <b>阿波 二郎</b>	兄	H 25年 2月15日生	男・女	〇〇保育所	有・無	
	(ふりがな) あわ ふくお <b>阿波 福男</b>	祖父	S 20年 2月13日生	男・女	農業	有・無	
	(ふりがな) あわ ふくこ <b>阿波 福子</b>	祖母	S 25年10月12日生	男・女	無職	有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	

該当するものを○で囲んでください。

家庭の状況	ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外	
生活保護適用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 適用無し ・ 適用有り(平成 年 月 日保護開始)	
平成29年1月1日の住所	父	<input checked="" type="checkbox"/> 阿波市内 ・ 阿波市外( )
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 阿波市内 ・ 阿波市外( )
平成30年1月1日の住所	父	<input checked="" type="checkbox"/> 阿波市内 ・ 阿波市外( )
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 阿波市内 ・ 阿波市外( )

(裏面へつづく)

②利用を希望する期間、希望する施設名

児童名	阿波 一郎		生年月日	平成26年 7月25日生
利用を希望する期間	平成30年 4月 1日 から		<input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> その他「平成 年	希望する施設名、希望理由を記入してください。
利用を希望する施設名	施設名		希望理由	
	第1希望	〇〇認定こども園	家から近いため	
	第2希望	〇〇保育所	家から2番目に近いため	
	第3希望	〇〇保育所	母の職場に近いため	

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。\*の欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。

○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

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の利用を必要とする理由を記入してください。

保育を希望される方は、なるべく詳しく記入してください。

該当する方にレ点を入れてください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	就労時間月の
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他( ) [具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など) (株)〇〇、午前8時30分～午後5時、月20日勤務	<input checked="" type="checkbox"/> 120時間以上 / 月 <input type="checkbox"/> 48時間～120時間未満 / 月
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input checked="" type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他( ) [具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など) (株)〇〇、午前8時30分～午後5時、月20日勤務、〇年〇月〇日出産予定、〇年〇月〇日育休予定	<input checked="" type="checkbox"/> 120時間以上 / 月 <input type="checkbox"/> 48時間～120時間未満 / 月	

以下は記入しないでください。

※市町村記載欄

受付年月日 | 平成 年 月 日

認定の可否 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等
可 ・ 否 平成 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否 (否とする理由)		支給(利用)期間
可 ・ 否		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 ] 入所施設(事業者)名		
[ <input type="checkbox"/> 認定こども園( <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 地 ) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型( <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事 ) ]		
備考		

※施設記載欄(施設(事業者)を經由して市町村に提出する場合)

受付年月日 | 平成 年 月 日

施設(事業者)名	(事業所番号: )
担当者氏名	
連絡先	
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定 (平成 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	