

申請者の方へ この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出して下さい。

年 月 日

令和7年度 子育てのための施設等利用給付認定申請書兼現況届書・変更申請書

阿波市長 殿

【申請にあたって同意していただく事項】

- 子ども・子育て支援法第30条の3において準用する同法第16条の規定に基づき、施設等利用給付認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
- 申請書等に記載した内容は、施設等利用給付認定や施設等利用費の支給に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
- 子ども・子育て支援法第30条の11の規定に基づき、施設等利用費は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があります。
- 新年度4月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請日に関わらず、子ども・子育て支援法第30条の5第5項の規定に基づき、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。
- 申請内容が事実と相違した場合は、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。
- 認定希望日現在で、子ども・子育て支援法第7条第10項第4号ハの政令で定める施設（企業主導型保育事業）の利用がある場合は、本認定の申請はできません。

以上のことに同意し、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

・押印は不要。 ・消すことができるボールペンは不可。

認定希望日（施設利用開始日） 令和7年4月1日

保護者	フリガナ	アワ ゲンキ	申請子どもとの続柄	父	居住地	〒 771 - 1695 阿波市市場町切幡字古田201番地
	氏名	阿波 元気			現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒
	日中の連絡先（電話番号）＊確実に連絡の取れる順に記入して下さい。					
	①	090-1234-5678	②	090-5678-1234		
申請児童	フリガナ	アワ ミライ	現住所 申請者と異なる場合のみ記載	〒	個人番号(マイナンバー)	
	氏名	阿波 みらい	生年月日	令和3年 10 月 9 日	年齢	3 歳
					123456789123	
保育の必要性	無	保育を必要としない満3歳以上の児童 (新制度未移行の幼稚園等で教育時間のみの利用を希望する場合)			新1号	左記で第3号に該当し、市民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点を付けて下さい。
	有	申請児童は、令和7年4月1日時点で満3歳となっている ※上記の利用及び幼稚園等で行う預かり保育を利用する場合は、こちらも記入してください。			新2号	
	はい				新3号	
					いいえ	□ 市民税非課税に該当

上記「認定種別」が(3号)に該当する場合に記入して下さい。（市区町村まで記入してください。）

令和6年1月1日現在の住所（※1）	（母親）	東京	新制度に移行している幼稚園を1号認定で利用している方で、預かり保育を利用する場合は、保育の必要性は「有」になります。	（父親）	東京都練馬区
令和7年1月1日現在の住所（※2）	（母親）	東京		（父親）	東京都練馬区

※1.2. 現住所と異なる場合は、記入した住所を賦課年度とする市町村民税所得割額がわかる証明書（課税証明書など）を添付して下さい。

同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、上記「認定種別」が(3号)に該当する場合に、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

（申請児童を除き、同一敷地内全員を記入。）	フリガナ	氏名	申請子どもとの続柄	生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先	要介護認定又は障害者手帳
	1	アワ ゲンキ 阿波 元気	父	個人番号 123456789123 昭和59年 8 月 16 日	会社員	□有
	2	アワ ヒカリ 阿波 ひかり	母	個人番号 987654321987 昭和61年 5 月 12 日	会社員	□有
	3	アワ イクト 阿波 育斗	兄	個人番号 昭和26年 6 月 13 日	〇〇小学校	□有
	4	アワ フクオ 阿波 福男	祖父	個人番号 昭和34年 4 月 20 日	会社員	□有
	5	アワ フクコ 阿波 福子	祖母	個人番号 昭和36年 11 月 28 日	パート	□有
	6			個人番号 昭和		□有
7						□有

住民票の世帯にかかわらず、同一敷地内に居住しているすべての世帯員をご記入ください。

別居中や単身赴任中の場合もその旨、記載をお願いします。

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ	施設名	所在地	都道府県	市区町村	※市区町村まで記入してください。 TEL: - -
		利用開始予定日	年	月	日

<裏面も記入してください>

※以下については、保育の希望が「有」(2号・3号)の方のみ記入してください。保育の希望が「無」(1号)のみの方は記入不要です。

認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地 ※市区町村までご記入ください。	利用開始予定日
〇〇保育園	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	徳島 都道 徳島 市区 府県 町村 TEL: - -	令和7年4月1日
阿波市ファミリー・サポート・センター	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	徳島 都道 阿波 市区 府県 町村 TEL: - -	令和7年4月1日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	都道 市区 府県 町村 TEL: - -	年 月 日

※幼稚園等の預かり保育を利用する児童については、利用施設の預かり保育の実施時間等が少ない（平日の預かり保育の提供時間数が8時間未満または年間開所日数が200日未満）場合は、上記認可外保育施設等の利用も無償化の対象となります。

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

保育を必要とする理由	続柄	必要とする理由（該当する□にレ点を付けてください）	
	父	☑ 就労 □ 妊娠・出産 □ 疾病・障がい □ 介護等 □ 虐待・DV □ 育休 □ 求職活動 □ 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)□□□、8:30~17:00、20日/月勤務	
	母	☑ 就労 □ 妊娠・出産 □ 疾病・障がい □ 介護等 □災害復旧 □ 就学 □ 虐待・DV □ 育休 □ 求職活動 □ 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）） 〇〇〇〇、9:00~17:30、20日/月勤務	

なるべく詳しい状況をご記入ください。
幼稚園等の預かり保育利用の場合もご記入ください。

添付書類（以下の中から該当する書類を添付して下さい）

1 就労されている方（予定を含む）	就労証明書(就労内定の場合はその証明を受けて下さい)
2 出産前後の方（出産前8週間・後8週間に限る）	出産要件申立書、母子健康手帳の写し(氏名と出産予定日が記載されている箇所)
3 保護者が学校に在学中の方	在学証明書(入学予定の場合は合格通知等)
4 保護者が病気の方	診断書
5 保護者が障がいをお持ちの方	障がいによる手帳等の交付を受けている方…身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し 交付を受けていない方…診断書
6 保護者が介護している方	申立書及び介護が必要であることがわかる書類(診断書、介護認定の写し等)
7 保護者が求職中の方	求職活動申立書、求職活動中であることを証明するもの
8 認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書

以下は記入しないでください。
※阿波市記載欄

認定番号	決定年月日		年 月 日	受付印	添付書類提出	
認定	可（ □ 1号 □ 2号 □ 3号） ・ 否（理由：				済 ・ 未	
有効期間	月 日 ～ 年 月 日				入 力	
利用施設	□ 幼稚園 □ 認定こども園（□連 □幼 □保） □ 特別支援学校 幼稚園部 □ 認可外保育施設 □一時預かり事業 □病児病後児保育事業				済 ・ 未	
備考					交 付	
本人確認	個人番号確認	□ 個人番号カード □ 通知カード □ 個人番号記載の住民票等				済 ・ 未
	身元確認	□ 運転免許証 □ パスポート □ 在留カード □ その他（				