

# 令和4年度施設型給付費・地域型給付費 (施設利用申込書・施設型給付費給認書)

<b>新規</b>	<b>継続</b>
-----------	-----------

申請者本人が自署してください。押印は不要です。

該当する方を○で囲んでください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

阿波市長 殿

申込者(保護者) **阿波 太郎**

次のとおり施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。  
(阿波市料)に付 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。  
(世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧することや、その情報に基づき決定した利用者負担額(保育も園・幼稚園等)に対して提示することに同意します。)

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30年 7月25日生	令和4年4月1日現在の年齢 3 歳 <input checked="" type="radio"/> 男・女
アレルギーの有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	障害者手帳等の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
保護者 住所・連絡先	(住所) <b>阿波市市場町切幡字古田201番地1</b> (連絡先) <b>(自宅)0883-36-6813 (母携帯)090-1234-5678</b>		
(※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="radio"/> 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="radio"/> 教育 教育を希望する。 → さらに預かり保育も希望する		

(※1) 既に支給認定を  
(※2) ・0~2歳児は、  
・3~5歳児は、  
(教育)   
・「保育」を○で囲んだ場合は①~③、  
「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。  
「教育」を希望する場合は、1号認定になります。  
どこにも通っていない場合は記入の必要はありません。  
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) 学年等は令和4年4月1日時点の状況を記入してください。

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 63年7月22日生	<input checked="" type="radio"/> 男	会社員	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	(ふりがな) あわ はなこ <b>阿波 花子</b>	母	H 2年8月7日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女	会社員	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	(ふりがな) あわ いくこ <b>阿波 育子</b>	姉	H 27年11月5日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女	〇〇小学校	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	(ふりがな) あわ ふくお <b>阿波 福男</b>	祖父	S 35年5月13日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女	会社員	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	(ふりがな) あわ ふくこ <b>阿波 福子</b>	祖母	S 37年10月19日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女	パート	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女			
家庭の状況	ひとり親家庭 ・ ひとり親家庭(未婚) ・ <input checked="" type="radio"/> 左記以外						
生活保護適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 適用無し ・ 適用有り(平成 年 月 日保護開始)						
令和3年1月1日の住所	父	阿波市内 <input checked="" type="radio"/> 阿波市外( 徳島市〇〇町□□1番地2 )					
	母	阿波市内 <input checked="" type="radio"/> 阿波市外( 徳島市〇〇町□□1番地2 )					
令和4年1月1日の住所	父	<input checked="" type="radio"/> 阿波市内 ・ 阿波市外( )					
	母	<input checked="" type="radio"/> 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30年 7月25日生
利用を希望する期間	令和 4年 4月 1日 から		<input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> その他「平	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	■■■認定こども園	家から2番目に近いため	
	第3希望	△△認定こども園	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

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。

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場合に記入してください

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	就労時間月の合計
	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、8:30~17:30、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 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、9:00~17:30、月20日勤務、〇年〇月〇日出産予定、〇年〇月〇日復帰予定	<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 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 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 年 月 日 至 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)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日 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	