

令和7年度施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定 (施設利用申込書・施設利用認定申請書)

新規

継続

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

父母ともに同居の場合は原則父を保護者としてください。
押印は不要です。
ただし、訂正がある場合は、訂正箇所と申込者氏名の
ところに押印が必要です。(※修正テープ等での訂正不可)

(保護者) **阿波 太郎**

次のとおり、施設利用を希望します。

(阿波市が、支給認定に必要な市町村の情報を同一世帯者を含む)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(保育料) (子ども園・幼稚園等)に対して提示することに同意します。)

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。

令和7年4月1日時点の年齢を
記入してください。

小学校就 子ども	ふりがな) あわ いちろう 阿波 一郎	生年月日 令和3年 7月25日生	令和7年4月1 日現在の年齢 3 歳 <input checked="" type="radio"/> 男	備考
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	転入予定の場合は、空き スペースに予定の住所を 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	不明の場合は空欄で可。入時に入所中の場合 ()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			

連絡が付きやすい電話
番号を記入してください。

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、

・3~5歳児は、

(教育

・「保育」を○で囲んだ場合は①~③に、「教育」を○で囲んだ場合は①②に必要事

「保育」を希望する場合する場合は、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。

ださい。)

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

学年等は令和7年4月1日時
点の状況を記入してください。

も記入。)

区分	氏名	児童と の続柄	生 年	性 別	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 阿波 太郎	父	H 5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 阿波 花子	母	H 6年8月7日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女	会社員	有		
	ふりがな) あわ いくこ 阿波 育子	姉	H 29年11月5日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女	〇〇小〇年	有	手帳有の場合は、写しを 提出してください。 (氏名・等級掲載ページ)	
	ふりがな) あわ ふくお 阿波 福男	祖父	S 35年5月13日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女	会社員	有		
	ふりがな) あわ ふくこ 阿波 福子	祖母	S 36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)				男・女			
	ふりがな)				男・女			
ふりがな)			年	生	男・女	有・無		
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(年 月 日保護開始)							
令和6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7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()						

ひとり親家庭で児童扶養手当を受給している
場合は、証書の写しを提出してください。

該当するものを○で囲んでください。

(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	令和3年 7月25日生
利用を希望する期間	令和7年 4月 1日 から		<input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> その他「	希望する施設名、希望理由を記入してください。第1希望のみでも可。
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希望する

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

育休復帰で申込む場合は、復職日を記入してください。

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	