

記入例

令和8年度施

新規

継続

支給認定
見況届

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

押印は不要ですが、記述した内容に訂正がある場合は、訂正箇所と申込者氏名のところに押印が必要です。

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。

食物アレルギーの有無について該当するものを○で囲み、有の場合は該当する食品名を記入してください。

税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧する育・保育施設等(保育所・認定こども園・幼稚園等)に対する申請書を提出しない場合は、認定が取消し(退園)となります。

令和8年4月1日時点の年齢を記入してください。

申請児童	あわ いちろう 阿波 一郎	生年月日	令和4年7月25日	年齢	3歳	性別	男	備考
アレルギーの有無	無・ <input checked="" type="radio"/> 有(卵・小麦粉)	障害者手帳等の有無						連絡がしやすい順に電話番号を記入してください。
現住所	〒771-1695 阿波市市場町切幡字古田2	転入予定の場合、 予定の住所・予定日 を記入してください。		連絡先	① 090 - 1234 - 5678 (母) ② 090 - 3456 - 5678 (父) ③ 0883 - 36 - 6813 (祖母)			
※転入・転居の場合は 予定住所・予定日記載	〒							
現在利用している 施設	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有	現在利用している施設の 有無について該当する ものを○で囲み、利用している 施設がある場合は、施設名等 を記入してください。						町・村
(※1)保育・教育の 希望	<input checked="" type="radio"/> 保育 <input type="radio"/> 教育	保護者の就労又は疾病等の理由 保育を希望する、 教育を希望する、 預かり保育の希望(無・有)						

(※1)・「保育」または「教育」の希望する方を○で囲んでください。
 ・0～2歳児は、保育のみの申請ができます。
 ・3～5歳児は、教育か保育を選択することになります。
 ・「保育」を○で囲んだ場合は①～③に、「教育」を希望する場合は、1号認定になります。
 ・希望についても記入してください。

①世帯の状況(申請児童を除き、同一敷地内全員記入。別居家族等は別紙でも記入)

単身赴任、別居中など

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	学年等	障害者手帳の有無	備考
児童の世帯員	あわ 太郎 阿波 太郎	父	昭・平・令 5年7月22日	男・女 社員	無・有	
	あわ はなこ 阿波 花子	母	昭・平・令 6年8月7日	男・女 社員	無・有	
	あわ いくこ 阿波 育子	姉	昭・平・令 29年11月5日	男・女 〇〇小〇年		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)
	あわ ふくお 阿波 福男	祖父	昭・平・令 35年6月21日	男・女 会社員	無	
	あわ ふくこ 阿波 福子	祖母	昭・平・令 36年5月20日	男・女 無職	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	
				昭・平・令 年 月 日	男・女	無・有
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7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(徳島市〇〇町〇〇町1番地2)			
令和8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 4 年 7 月 25 日
利用を希望する期間	令和 8 年 4 月 1 日 から		<input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで	希望する施設名、希望理由を記入してください。
	慣らし保育は入園してから行います。		<input type="checkbox"/> その他	
利用を希望する施設名	施設名			
	第1希望	〇〇認定こども園	姉が通っているため	
	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。

③保育

勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況などについて、できるだけ詳しく記入してください。

該当する方にし点を入れてください。

※保護者の就労又は疾病等の

保育の利用を希望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・障がい <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休 <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・障がい <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"/> 虐待・DV <input checked="" type="checkbox"/> 育休 <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	令和 年 月 日	
認定の可否 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等 □1号 □2号 □3号 (□標 □短)
可 ・ 否	年 月 日認定	
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
〔 □施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型 〕		至 年 月 日
入所施設(事業者)名		
[□認定こども園(□連 □幼 □保 □地) □幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □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	令和 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 (令和 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	