| | 施設名 | 児童氏名（生年月日） | 申立者と児童との続柄 |
|---|---|---|---|
| 保護者記入欄 | | （令和　　年　　月　　日） | |
| | | （令和　　年　　月　　日） | |
| | | （令和　　年　　月　　日） | |

※　複数の児童を申し込まれている場合、全ての児童氏名を記入してください。申立書は保護者１人につき１部の提出で結構です。

※　現在の施設を継続する場合の保育関係施設名は継続する施設を、新規で申し込まれる場合は第１希望の施設を記入してください。

---

# 出産要件に関する申立書
## （保育施設利用確認用）

※必要事項を記入又は該当する箇所に☑を付してください。

| | |
|---|---|
| 出産者氏名 | |
| 出産（予定）日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 出産要件での認定期間終了後の予定 | □　**育児休業を取得するため、保育の継続を希望します。**<br>※育児休業取得前からすでに施設を利用している児童の継続利用が必要な場合のみとなります。<br>※認定期間終了までに育児休業取得証明書を提出してください。<br>□　**復職又は就労するため、保育の継続を希望します。**<br>※認定期間終了までに就労証明書を提出してください。<br>□　**家庭で保育するため、施設を退園します。**<br>※利用終了月中に施設退園届を提出してください。<br>□　**その他**<br>〔　　〕 |
| 添付書類 | 母子健康手帳の表紙及び出産予定日(分娩予定日）の記載ページの写し |

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

阿波市長　殿

令和　　年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【注意事項】

※出産要件での認定期間の終了日は、出産(予定)日から8週間を経過する日の翌日の属する月の月末となります。

【問い合わせ先】　阿波市役所　福祉事務所　子育て支援課　℡　0883-36-6813
教育委員会　学校教育課　℡　0883-36-8741