

支給認定変更申請書 兼 内容変更届

大竹市長様

子ども・子育て支援法第23条第1項の規定により、次のとおり支給認定の変更の認定を申請します。また、申請にあたり次の事項に同意します。

1. 支給認定及び保育の利用に必要となる、市が保有する世帯の個人情報(課税、世帯状況等)を閲覧すること。

2. 保育料の算定等に必要な場合、個人番号を用いて保護者及び世帯員の課税状況等を確認すること。

3. 1・2の情報に基づき決定した利用者負担額、支給認定内容及び申請書に記載された事項について、特定教育・保育施設に提供すること。

| | | | | |
|-----|----|---|---|---|
| 申請日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-----|----|---|---|---|

| | | | | |
|--------|----|--------|-------|--------|
| 申請保護者 | 氏名 | 児童との続柄 | 生年月日 | 昭・平年月日 |
| | 住所 | 連絡先 | | |
| 支給認定児童 | 氏名 | 生年月日 | 利用施設名 | |
| | | 平・令年月日 | | |
| | | 平・令年月日 | | |
| | | 平・令年月日 | | |

以下の該当する変更事項に☑し、記入してください。

| | | | | | |
|---------------|---|----|-------|--------|-------------|
| 変更事項 | 変更後の内容を記入してください。 | | | | |
| □ 認定区分・保育必要量 | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号・3号保育短時間(8時間) <input type="checkbox"/> 2号・3号保育標準時間(11時間) ※保育必要量の変更を希望する場合は、 <u>変更希望月の前月末日まで</u> に提出してください。 | | | | |
| □ 保育を必要とする事由 | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 の保育を必要とする事由の変更 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 育休復帰 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| □ 就労状況(就労中の方) | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 の就労状況の変更 <input type="checkbox"/> 就労先、就労時間等の変更(令和 年 月 日付) <input type="checkbox"/> 退職(退職日:令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他就労に関する事項の変更(令和 年 月 日付) | | | | |
| □ 妊娠・出産 | 出産(予定)日:令和 年 月 日 | | | | |
| □ 保護者代表者 | 新 | | 旧 | | |
| □ 住所 | 新 | | 旧 | | |
| □ 家族構成 | <input type="checkbox"/> 婚姻(年 月 日) <input type="checkbox"/> 同居(年 月 日) <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 離婚(年 月 日) <input type="checkbox"/> 別居(年 月 日) <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | いざれかに○ | 氏名 | 生年月日 | 児童との続柄 | 個人番号※増の場合のみ |
| | 増・減 | | 年 月 日 | | |
| | 増・減 | | 年 月 日 | | |
| | 増・減 | | 年 月 日 | | |
| □ 生活保護 | <input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 廃止(令和 年 月 日付) | | | | |
| □ 在宅障害者(児) | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 氏名: (続柄) | | | | |
| □ その他 | | | | | |

| | |
|---------------------|--------------------------------|
| 変更後に支給認定証の交付を希望する場合 | <input type="checkbox"/> 交付を希望 |
|---------------------|--------------------------------|

※認定の変更が必要なことを証する書類の添付が必要です。

(公簿等で確認できる場合は省略可)。