

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 2 3 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なこと、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。									
<input type="checkbox"/> 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。									
<input type="checkbox"/> 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（ ）									
<input type="checkbox"/> 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）									
<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	出産（予定）日：令和 年 月 日									
<input type="checkbox"/> 保護者代表者	新				旧					
<input type="checkbox"/> 住所	新				旧					
<input type="checkbox"/> 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( )									
	いずれかに○	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							
	増・減		年 月 日							
<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 廃止（令和 年 月 日付）									
<input type="checkbox"/> 在宅障害者(児)	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 氏名： （続柄 ）									
<input type="checkbox"/> 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）。