

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定(変更・取消)申請書

令和 年 月 日

保護者氏名

紀美野町長様

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の変更を申請します。

申請に係る小学校就学前児童	氏名	生年月日	性別	保護者との続柄	利用施設名
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		
保護者住所・連絡先	(住所)				
	(電話番号)		(緊急連絡先電話番号)		

1. 変更申請内容

変更事項	変更認定申請内容	
	現 行	変 更 後
<input type="checkbox"/> 支給認定区分／保育必要量	<input type="checkbox"/> 1号認定(教育標準時間) <input type="checkbox"/> 2号認定(保育標準時間) <input type="checkbox"/> 2号認定(短時間) <input type="checkbox"/> 3号認定(保育標準時間) <input type="checkbox"/> 3号認定(短時間)	<input type="checkbox"/> 1号認定(教育標準時間) <input type="checkbox"/> 2号認定(保育標準時間) <input type="checkbox"/> 2号認定(短時間) <input type="checkbox"/> 3号認定(保育標準時間) <input type="checkbox"/> 3号認定(短時間)
<input type="checkbox"/> 認定期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 利用希望施設	きみのこども園 ・ こうのこども園	きみのこども園 ・ こうのこども園
<input type="checkbox"/> 利用希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金
<input type="checkbox"/> 利用希望時間	時 分 から 時 分 まで	時 分 から 時 分 まで
<input type="checkbox"/> 住所		
<input type="checkbox"/> 保護者		
<input type="checkbox"/> 保育を必要とする事由(□父 □母)	<input 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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他()	<input 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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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)等(□父 □母)		
<input type="checkbox"/> 世帯構成(同居者)	氏名: 続柄: 変更理由: <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 住民税額	氏名: 続柄: 年度 円	
<input type="checkbox"/> 生活保護適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日保護廃止・開始)
<input type="checkbox"/> 障害等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名: 続柄:)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名: 続柄:)
<input type="checkbox"/> その他		
変更理由		
変更(希望)年月日	令和 年 月 日から	

※支給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(公簿で確認できる場合は省略可)。

※変更申請の該当する箇所に☑をしてください。

2. 取消申請 (※現在受けている認定内容、入所内容を上記1、「現行」欄に記載願います)

理由: <input type="checkbox"/> 町外転出 <input type="checkbox"/> その他 ()
転出先住所:
電話番号: