

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定変更申請書 兼 変更届

(あて先) 小松市長
施設・事業所長 様

年 月 日

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定について変更がありましたので申請します。
また、市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧し、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者	氏名		㊟	生年月日	年 月 日
				個人番号	
	住所			連絡先	

入所児童	氏名	続柄	生年月日 個人番号	認定証番号	利用施設名
				. .	
			. .		
			. .		

*** 該当する変更内容にチェックをしてください。**

変更内容	児童氏名							
	□認定区分	<input type="checkbox"/> 1号認定 <input type="checkbox"/> 2号認定 (□標準時間 □短時間) <input type="checkbox"/> 3号認定 (□標準時間 □短時間)		<input type="checkbox"/> 1号認定 <input type="checkbox"/> 2号認定 (□標準時間 □短時間) <input type="checkbox"/> 3号認定 (□標準時間 □短時間)		<input type="checkbox"/> 1号認定 <input type="checkbox"/> 2号認定 (□標準時間 □短時間) <input type="checkbox"/> 3号認定 (□標準時間 □短時間)		
	□認定期間	~ 年 月 日 ~ 年 月 日		~ 年 月 日 ~ 年 月 日		~ 年 月 日 ~ 年 月 日		
	□保育必要事由	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 介護・看護		
	※証明書類添付必要	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 介護・看護		
	□保護者	旧			新			
	□住所	新住所						
	□世帯構成	変更のある世帯員			続柄	生年月日 個人番号	変更事由	
		氏名				. .	□追加 □削除 ()	
		氏名				. .	□追加 □削除 ()	
氏名					. .	□追加 □削除 ()		
氏名					. .	□追加 □削除 ()		
□その他								

*** 必ず認定証を添付してください。**

認定証の添付	有 ・ 無 (理由)
--------	-------------

変更年月日	年 月 日
-------	-------