

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 変更届出書

令和 年 月 日

(ふりがな)  
保護者氏名

阿 武 町 長 様

(生年月日： 年 月 日)

(個人番号： )

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内容の変更を申請（申出）します。

申請に係る子ども	(ふりがな) 氏名	個人番号	生年月日	性別	保護者との続柄
	(第 子)		年 月 日	男・女	
保護者住所・連絡先	(住所) 阿武町大字 (行政区)				
	(連絡先) 自宅： - - 携帯( )： - -				
認定番号		利用中の施設(事業)名			
変更する事項	<input type="checkbox"/> 支給認定の変更の申請（認定区分、保育必要量、利用者負担額に関する事項 等）				
	<input type="checkbox"/> 申請内容の変更の届出（氏名、住所、連絡先 等）				

①変更申請（申出）

変更事項	変更内容				
	変更前	変更後			
<input type="checkbox"/> 認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号			
<input type="checkbox"/> 保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間			
<input type="checkbox"/> 認定有効期間					
<input type="checkbox"/> 保育を必要とする事由 ( <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ( ) )	<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"/> 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"/> その他 ( )			
<input type="checkbox"/> 住所 ( <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 子ども)					
<input type="checkbox"/> 氏名 ( <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 子ども)					
<input type="checkbox"/> 保護者					
<input type="checkbox"/> 世帯の状況	変更理由： <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等
			年 月 日	男・女	
	個人番号		備考	市町村民税課税の有無	有・無
<input type="checkbox"/> 市町村民税	[氏名]：	[続柄]：	[ 年度市町村民税所得割額]：	円	
<input type="checkbox"/> 生活保護適用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外		
<input type="checkbox"/> その他					

変更年月日	年 月 日
-------	-------

変更事由 ※上記変更となった事由を記入してください	
------------------------------	--

②税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・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すること。また、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 _____

※現在お持ちの「支給認定証」と「変更内容を確認できる書類」を添付してください。  
(公簿で確認できる場合、内容証明書類の添付は省略できます。)