

施設型給付費・地域型保育給付費等 変更認定申請（届出）書

保護者住所： 西海市 町

氏名：

西海市長 殿

私、および私の同居親族は、裏面③記載の同意事項に同意し、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について変更申請（届出）します。

提出日	令和 年 月 日
-----	----------

項目	氏名	生年月日	認定証番号	在園施設
入所児童名 1	(ふりがな)	平成・令和 年 月 日 生		
入所児童名 2	(ふりがな)	平成・令和 年 月 日 生		
入所児童名 3	(ふりがな)	平成・令和 年 月 日 生		

①変更申請・届出の内容 ※支給認定証の記載内容が変更になる場合（修正申告以外）は、手続きの際に旧支給認定証を返却してください。

区分	内 容					必要書類
□ 住所変更	新住所： 西海市 町 番地					
	旧住所： 西海市 町 番地					
□ 家族構成の変更	変更理由 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	変更日 年 月 日					
	氏名	児童との続柄	生年月日	氏名	児童との続柄	生年月日
□ 就労状況の変更	変更日 年 月 日					・就労証明書
□ 離職	離職日 年 月 日					・保育実施申立書 ・求職状況申立書
□ 就労	就労開始日 年 月 日					・就労証明書
□ 就学	就学開始日 年 月 日					・保育実施申立書 ・在学証明、カリキュラム等の写し
□ 出産予定 ※産休取得を含む	出産予定日 年 月 日					・保育実施申立書 ・母子手帳の写し（表紙と分娩予定日の頁）
□ 育児休業取得	育児休業取得期間 年 月 日から 年 月 日まで					・就労証明書
□ 産休・育休から の復職	復職日 年 月 日					・就労証明書
□ 産後 1年間	出産日 年 月 日					・保育実施申立書 ・母子手帳の写し（表紙と出生証明の頁）
□ 疾病・障がい	治療に要する期間 (診断書の期間) 年 月 日から 年 月 日まで					・診断書
□ 介護・看護	変更日 年 月 日					・保育実施申立書
□ 修正申告	変更日 年 月 日					
□ 退所	退所日 年 月 日 退所理由：					
□ その他						・必要な書類

②認定区分、保育利用時間等の変更

※ ①の変更の結果、利用施設や保育の利用時間等に変更が生じる場合に記入してください。

保育の希望 の有無	有 保育所等において保育の利用を希望する場合	無 幼稚園等の利用を希望する場合	
希望する保育の 利用時間	利用曜日		利用時間
	<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金・ <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> すべて		時から 時まで
希望する保育時間	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（8時間以上11時間未満）		<input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間未満）

○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

③税情報等の提供に当たっての同意事項

申請する子ども、申請書に記名した保護者および同居者は、教育・保育給付の認定、利用者負担額等の決定、利用施設の決定その他施設利用の決定に関し必要と認められる場合において、下記の事項につき市が情報を閲覧し、または関係部局に照会すること。その情報に基づき決定した利用者負担額等について特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

1. 住民票に関する事項（氏名、性別、生年月日、続柄、住民となった事由・年月日、住民でなくなった事由・年月日等）
2. 市民税に関する事項（市民税の額をはじめ、利用者負担額の決定に必要な情報）
3. 各種障害者手帳等に関する事項（各種手帳の交付情報 ※必要と認められる場合のみ）
4. 生活保護等に関する事項（生活保護等に関する支援給付情報 ※必要と認められる場合のみ）
5. 児童扶養手当に関する事項（児童扶養手当受給者資格情報 ※必要と認められる場合のみ）
6. 児童手当に関する事項（児童手当受給者資格情報 ※必要と認められる場合のみ）

* 市町村記載欄

受付年月日	年　月　日		
認定の可否 可・否 (否とする理由)		認定者番号	認定区分等
年　月　日 認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (□標 □短)	
支給（入所）の可否			支給（利用）期間
可・否 (否とする理由) 〔□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型〕			
入所施設（事業者）名			
<input type="checkbox"/> 認定こども園 (□連 □幼 (□幼 □保) □保 (□保 □幼) □地 (□幼 □保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (□小 □家 □居 □事)			
備　考			

* 施設記載欄（施設（事業者）を経由して市町村に提出する場合）

受付年月日	年　月　日	
施設（事業者）名		事業所番号：
担当者氏名 連絡先		(担当者 (連絡先)
利用契約（内定）の有無		有（契約・内定（年　月　日契約（内定））・無
備　考		