

## 教育・保育給付認定変更申請書

(施設型給付費・地域型保育給付費)

年 月 日

保護者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

龍ヶ崎市長 様

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

個人番号 \_\_\_\_\_

日中連絡先 \_\_\_\_\_

施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定の変更について、次のとおり申請します。

保育施設等名称														<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 保留中										
申請に係る児童	氏 名	続柄( )						続柄( )						続柄( )										
	生年月日	年 月 日生						年 月 日生						年 月 日生										
	個人番号																							

①変更申請(該当する事項にを入れ、記入してください。)

変更事項	旧		新(変更内容)	
<input type="checkbox"/> 支給認定区分/ 保育必要量の変更	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号標準時間 <input type="checkbox"/> 2号短時間 <input type="checkbox"/> 3号標準時間 <input type="checkbox"/> 3号短時間		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号標準時間 <input type="checkbox"/> 2号短時間 <input type="checkbox"/> 3号標準時間 <input type="checkbox"/> 3号短時間	
<input type="checkbox"/> 住所変更				
<input type="checkbox"/> 保護者変更				
<input type="checkbox"/> 保育を必要とする 事由の変更	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 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・障がい <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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 勤務先の変更(父)	勤務先名：		勤務先名：	
<input type="checkbox"/> 勤務先の変更(母)	勤務先名：		勤務先名：	
<input type="checkbox"/> 認定期間の変更				
<input type="checkbox"/> 家族構成の変更				
<input type="checkbox"/> 児童名の変更				
<input type="checkbox"/> 保育料階層区分の変更	現在の階層：	変更理由：		
変更(希望)年月日				

②個人情報等の提供に当たっての署名欄

<p>市が施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付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に同意します。また、提出した申請書に記載した事項及び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。</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名</p>
---

※1 支給認定証を添えて申請してください。

※2 就労証明書等、変更申請を行う理由となる書類を添付してください。

(裏面)

----- 以下は記入しないでください。 -----

\*市記載欄

受付年月日	年 月 日	認定証番号	
認定の可否		認定区分	給付期間
可・否	(否とする理由)	<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	自 年 月 日
年 月 日認定		( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)	至 年 月 日

\*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号 : )
担当者・連絡先	担当者氏名 : /連絡先 :
備考	