

支給認定（施設型給付費・地域型保育給付費等）申請書兼施設等利用申込（継続確認）書 変更届

施設名 _____ 所(園) _____

保護者氏名 _____ 印 _____ 個人番号 _____

利用児童氏名 _____ 個人番号 _____

鳴門市長

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変更を申請します。

なお、この変更届に関し、世帯情報・課税資料を閲覧すること、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・保育施設に対して提示することに同意します。

年 月 日

◎変更内容(該当する番号に○をつけて、変更内容を記入してください。)

◎変更年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 現住所 鳴門市 _____ 町 _____

2. 保護者氏名 _____

3. 連絡先 ①(_____) ②(_____)

4. 世帯の状況(児童の世帯員)

| 児童の世帯員 | 区分 | (フリガナ) 氏名 | 児童との続柄 | 生年月日 | 性別 | 勤務先、学校、保育所名等 | 備考 |
|--------|----|--------------|--------|------|-----|--------------|----|
| | 増減 | | | ・ ・ | 男・女 | | |
| | 増減 | | | ・ ・ | 男・女 | | |
| | 増減 | | | ・ ・ | 男・女 | | |
| | 増減 | | | ・ ・ | 男・女 | | |

5. 保護者の状況等(保育の利用を必要とする理由等) (該当するところに記入又は○印をしてください)

※ 保育の利用を必要とする理由等が変更となった場合は就労証明書等必要書類を必ず添付してください。

| 保育の利用を必要とする理由(保護者) | 続柄 | 必要とする理由 | | | | 備考 |
|---|----------|---------------|---|----------------|---------------|----|
| | 希望する利用時間 | 続柄 | <input type="checkbox"/> 就労(常勤 パート 自営 農業 漁業 その他(_____)) <input type="checkbox"/> 就学(_____ 年 _____ 月 _____ 日 卒業・修了 予定) | | | |
| 時間 | | | ~ | ~ | ~ | |
| 日数 | | | 1 か月 _____ 日 | 合計時間 | 1 か月 _____ 時間 | |
| 内容 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(_____ 年 _____ 月 _____ 日出産予定) <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | | | | |
| 状況 | | | | | | |
| 時期・期間 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 就労(常勤 パート 自営 農業 漁業 その他(_____)) <input type="checkbox"/> 就学(_____ 年 _____ 月 _____ 日 卒業・修了 予定) | | | | | | |
| 時間 | | | ~ | ~ | ~ | |
| 日数 | | | 1 か月 _____ 日 | 合計時間 | 1 か月 _____ 時間 | |
| 内容 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(_____ 年 _____ 月 _____ 日出産予定) <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | | | | |
| 状況 | | | | | | |
| 時期・期間 | | | | | | |
| 利用曜日 | | 月・火・水・木・金・土・日 | | 利用希望時間区分 | | |
| | | | | 保育短時間 ・ 保育標準時間 | | |