

支給認定（変更申請・変更届出）書

年 月 日

大村市長 様

保護者氏名

利用施設名	(号)	(号)	(号)
児童名 (生年月日)	(平成・令和 年 月 日)	(平成・令和 年 月 日)	(平成・令和 年 月 日)

次のとおり、変更の認定（届出）を申請（提出）します。 ※以下の該当する変更事項に☑をし、記入して下さい。

□住 所	新 住 所			
	転 居 日	年 月 日		
□電 話	自宅 ・ 父携帯 ・ 母携帯 ()			
□氏 名	保護者氏名	⇒		
	児 童 氏 名	⇒		
□世帯員	増 減 理 由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	発 生 日	年 月 日		
	増 減	(フリガナ) 氏名	児童との続柄	生年月日
	増・減	()		大 昭 平 令 年 月 日
	増・減	()		大 昭 平 令 年 月 日
	増・減	()		大 昭 平 令 年 月 日
	増・減	()		大 昭 平 令 年 月 日
	増・減	()		大 昭 平 令 年 月 日
	増・減	()		大 昭 平 令 年 月 日
□理由 ※証明書類を添付してください。	続柄	変更内容		
	父・母・その他 ()	<input type="checkbox"/> 就労 (就職・異動・復職・その他 左記の発生日： 年 月 日) (転職 離職日： 年 月 日、就職日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 (出産予定日または出産日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 (離職日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 児童虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 (予定期間 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況)		
【2・3号のみ】	父・母・その他 ()	<input type="checkbox"/> 就労 (就職・異動・復職・その他 左記の発生日： 年 月 日) (転職 離職日： 年 月 日、就職日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 (出産予定日または出産日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 (離職日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 児童虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 (予定日 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況)		