

支給認定変更申請（届出）書

年 月 日

大村市長 様

施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定の変更について、次のとおり申請（届出）します。

保護者 (申請者)	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	居住地・連絡先		電話： - -	
フリガナ		生 年 月 日	年 月 日	
認定子どもの氏名		保護者との続柄		
フリガナ		生 年 月 日	年 月 日	
認定子どもの氏名		保護者との続柄		
フリガナ		生 年 月 日	年 月 日	
認定子どもの氏名		保護者との続柄		
利用中の施設名				
変更事項 (1~12の該当事項に○を付けてください)	認定に関する こと	<p>1 保育の理由（該当事項に☑を付けてください）</p> <p><input type="checkbox"/>就労 就職・異動・復職・その他          上記の発生日： 年 月 日          転職・離職日： 年 月 日          就職日： 年 月 日</p> <p><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</p> <p>2 保育必要量希望（該当事項に☑を付けてください）  <input type="checkbox"/>保育標準時間 <input type="checkbox"/>保育短時間</p>		
	保護者に関する こと	3 氏名 4 居住地 5 生年月日 6 連絡先		
	認定子どもに 関すること	7 氏名 8 保護者との続柄 9 生年月日 10 居住地		
	その他	<p>11 同居者の増減（該当事項に☑を付けてください）          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</p> <p>12 その他</p>		
変更内容 (3~12に該 のみ記載)	変更前			
	変更後			
変更（予定）日	年 月 日			

※「保護者の氏名」の欄は、保護者が法人であるときは、法人の名称及び代表者の氏名を記入してください。  
 ※「保護者の住所」の欄は、保護者が法人であるときは、法人の主たる事務所の所在地及び児童の居住地を記入してください。

※保護者（氏名）の変更又は同居者の増加の場合は、裏面の同意書もご記入ください。

## 同意書

大村市長 様

大村市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定のために必要な市町村民税に関する情報（同一世帯員等を含む。）及び世帯員の情報を閲覧等すること並びにこれら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。

年 月 日

認定子どもの同居者氏名（変更又は増加した方のみ）

氏名（フリガナ）	続柄	生年月日
フリガナ		年 月 日
フリガナ		年 月 日
フリガナ		年 月 日
フリガナ		年 月 日
フリガナ		年 月 日