

施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付認定変更申請書

年 月 日

高島市長

(フリガナ) 保護者氏名		連絡先	自宅		支給認定証番号
			父携帯		
			母携帯		
保護者住所	〒 ー 高島市	令和3年1月1日現在住所			<input type="checkbox"/> 高島市内 <input type="checkbox"/> 高島市外
申請にかかる 小学校就学前 子ども氏名		生年月日	性別	保育の希望の有無	障害者手帳等の有無
個人番号		年 月 日	男・女	有 ・ 無	有 ・ 無

※保育の希望の有無欄については「保育所・認定こども園(保育園部)」を希望される方は有に、「幼稚園・認定こども園(幼稚園部)」を希望される方は無になります。

※「有」の方は以下①～③に記入し、各種必要書類を添付してください。

「無」の方は以下①、②に記入し添付書類は必要ありません。

世帯区分	続柄	フリガナ		生年月日	性別	年齢	個人番号		備考
		氏	名				職業・通学(園)先等		
保護者				昭・平 年 月 日	男・女				
				昭・平 年 月 日	男・女				
同居している 保護者以外の 世帯員				大・昭・平・令 年 月 日	男・女				
				大・昭・平・令 年 月 日	男・女				
				大・昭・平・令 年 月 日	男・女				
				大・昭・平・令 年 月 日	男・女				
				大・昭・平・令 年 月 日	男・女				
				大・昭・平・令 年 月 日	男・女				

①世帯状況

家庭状況 生活保護受給世帯 ひとり親家庭 在宅障がい者のいる世帯 左記以外

②認定(利用)の変更を希望する期間

年 月 日 から 年 月 日まで
小学校就学前 まで

③保育の必要性が変更となる理由および変更後の利用希望時間(「保育希望の有無」欄で有の方のみ記入)	父	1. 就労(<input type="checkbox"/> 家庭外労働 <input type="checkbox"/> 家庭内労働) 2. 疾病・障害 3. 介護等 4. 災害復旧 5. 求職活動 6. 就学 7. その他 ()
	母	1. 就労(<input type="checkbox"/> 家庭外労働 <input type="checkbox"/> 家庭内労働) 2. 出産 3. 疾病・障害 4. 介護等 5. 災害復旧 6. 求職活動 7. 就学 8. その他 ()
	時 分 ～ 時 分 (1日 時間) <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間	

上記のとおり施設型給付費・地域型保育給付費にかかる教育・保育給付認定の変更を申請します。
 その際、市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯を含む)および世帯情報を閲覧すること、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。
 また、変更後の支給認定証の交付にあたっては、申請から30日を経過する通知になることも併せて同意します。

保護者氏名

※市町村記載欄

受付印	教育・保育給付認定区分	支給認定証番号	変更前の教育・保育給付認定期間
	<input type="checkbox"/> 1号		年 月 日
	<input type="checkbox"/> 2号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)	認定日	～
	<input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)	年 月 日	年 月 日
教育・保育給付認定変更の可否	変更後の教育・保育給付認定区分	変更後の支給認定証番号	変更後の教育・保育給付認定期間
<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 1号		年 月 日
<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 2号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)	認定日	～
()	<input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)	年 月 日	年 月 日

支給（入所）の可否および区分	変更後の教育・保育給付（利用）期間
<input type="checkbox"/> 可 【 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型】	年 月 日
<input type="checkbox"/> 否 ()	～
	年 月 日
変更後の入所施設（事業者）名	
<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保))	
<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)	備考

※施設記載欄（施設（事業者）を經由して市町村に提出する場合）

受付印			
施設事業者名	事業者番号	担当者氏名	連絡先
入所契約（内定）の有無	<input type="checkbox"/> 有（ 契約 ・ 内定 （ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 無		
備考			