

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

高島市長

令和 年 月 日

(フリガナ) 保護者氏名		連絡先	自宅 父携帯 母携帯		受付年月日
保護者住所	〒520- 高島市				
(フリガナ) 申請にかかる 児童氏名		生年月日	性別	保育の希望	障がい者手帳等の有無
個人番号（マイナンバー）		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※保育の希望の有無欄については「小規模事業所・家庭の保育事業所・認定こども園（保育園部）」を希望される方は有になり、「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。なお、幼稚園との併願の場合は有になります。

※「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。

※世帯分離にかかわらず、住民票の住所が同じ場合は世帯員に記入してください。

申請児童の世帯状況（世帯員）	続柄	フリガナ 氏名	生年月日	令和 年1月1日 時点の住所	職業・通学（園）先等	個人番号 （マイナンバー）	性別
				昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 高島市 <input type="checkbox"/> 高島市外 ()		
			昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 高島市 <input type="checkbox"/> 高島市外 ()			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 高島市 <input type="checkbox"/> 高島市外 ()			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 高島市 <input type="checkbox"/> 高島市外 ()			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 高島市 <input type="checkbox"/> 高島市外 ()			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 高島市 <input type="checkbox"/> 高島市外 ()			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 高島市 <input type="checkbox"/> 高島市外 ()			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
家庭状況		<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児（者）のいる世帯 <input type="checkbox"/> 左記以外					
認定（利用）を希望する期間		令和 年 月 1日 から <input type="checkbox"/> 令和 年 月末日まで <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで					

変更となる理由に○をしてください。

変更の内容		1. 就労 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 ()		1. 就労 2. 疾病・障害 3. 介護等 4. 災害復旧 5. 求職活動 6. 就学 7. 妊娠・出産 8. その他 ()
変更を必要とする理由	父		母	
変更後の保育必要量	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、下記の項目について同意します。

・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し、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。

・申請書等に記載された内容および職員が聞き取りさせていただいた内容について、保育の実施に必要な範囲内で保育施設・事業所に情報提供すること。

・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。

・届出内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定を取り消すことがあります。

保護者氏名

※市町村記載欄

受付印	支給認定区分	支給認定証番号	変更前の支給認定期間
	<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
支給認定変更の可否	変更後の支給認定区分	変更後の支給認定証番号	変更後の支給認定期間
<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	変更後の支給 (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	備考
<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)	

※施設記載欄 (施設 (事業者) を経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			