

## 施設型給付費等 支給認定内容変更届出書

三股町長 殿

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について変更がありましたので、下記事項に同意の上、申請します。

平成 年 月 日

申請者  
(保護者)

住 所 三股町

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生  
平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

連絡先Tel \_\_\_\_\_

**確認事項**

1. 保育料等の算定のため、保護者や同居親族等の所得課税状況・住民基本台帳を閲覧します。
2. 町の情報に基づき決定した保育料区分、保育料について、特定教育・保育施設等に提示します。
3. 認定変更に必要な書類を添付してください。(公簿等で確認できる場合は省略可)
4. 申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。

※ 支給認定の変更・取消の場合は、支給認定証を添付してください。

※ 支給認定の変更は、原則、申請書を町が確認した翌月1日からとなります。

施設名	保育園 ・ 認定こども園 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 保留中		
児童名			
生年月日	平成 年 月 日生	平成 年 月 日生	平成 年 月 日生

**1.変更申請**

変 更 事 項	認 定 申 請 内 容	
	現 行	変 更 後
<input type="checkbox"/> 支給認定区分 保育必要量	<input type="checkbox"/> 1号 教育標準時間 <input type="checkbox"/> 2号 標準時間 <input type="checkbox"/> 2号 短時間 <input type="checkbox"/> 3号 標準時間 <input type="checkbox"/> 3号 短時間	<input type="checkbox"/> 1号 教育標準時間 <input type="checkbox"/> 2号 標準時間 <input type="checkbox"/> 2号 短時間 <input type="checkbox"/> 3号 標準時間 <input type="checkbox"/> 3号 短時間
<input type="checkbox"/> 保育を 必要とする事由 ( <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母)	<input type="checkbox"/> 就労(産休・育休含む) <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 就労(産休・育休含む) <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 住 所		
<input type="checkbox"/> 氏 名		
<input type="checkbox"/> 勤務先 ( <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母)	勤務先名:	勤務先名:
<input type="checkbox"/> 世帯構成(同居者) <input type="checkbox"/> 世帯員増 <input type="checkbox"/> 世帯員減	氏名: _____ 続柄: _____ 変更理由: <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/> 保護者(世帯主)		
<input type="checkbox"/> ひとり親世帯適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月 日(該当・非該当))
<input type="checkbox"/> 生活保護適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月 日保護廃止・開始)
<input type="checkbox"/> 障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名: _____)続柄( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名: _____)続柄( )
<input type="checkbox"/> その他		

異動(変更)年月日 平成 年 月 日

※事由変更時期によっては、保育料の変更が遡及して行われ、追加請求が発生する場合があります。

\*\*\*\*\* 施設・町 記載欄 \*\*\*\*\*

◎施設記載欄 (施設・事業者を経由して町へ提出する場合)

施設受付年月日	平成 年 月 日
施設(事業者名) 連絡先(Tel)	
備考	

◎町記載欄

変更認定可否	可・否( )	町 受付印
変更認定年月日	平成 年 月 日	
変更後認定区分	1号・2号(標・短)・3号(標・短) 階層 円	
備考		