第４号様式（第９条関係）

**支 給 認 定 届 出 事 由 変 更 申 請 書**

（施設型給付費・地域型保育給付費等）

　令和　　年　　　月　　　日

中井町長　様

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり、届出の内容に変更が生じたので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請に係る  小学校就学前子ども | （フリガナ）  氏　　名 | | | | | | 生年月日 | | | | | | 性別 | | 障害者手帳、  療育手帳の有無 |
|  | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |  | 男　・　女 | | 有　・　無 |
|  | | | | | |
| 保護者  住所・連絡先 | 現住所： | | 〒 | 259- | | | | | |  | | | | | |
| 中井町 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 電話番号： | |  | | ( |  | | ) |  | |  | | | | |
|  | |  | | ( |  | | ) |  | | | | | | |
| 利用施設名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給認定番号 |  | | | | | | | | | | 保育の希望の有無 | | | 有　　・　　無 | |
| 変 更 理 由 |  |  | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 |  | 令和　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |

◆変更事項（変更が生じた事項のみご記入ください。）

**①世帯の状況（同居の世帯員）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | （フリガナ）  氏　　名 | 子どもとの続柄 | 生年月日 | 性別 | 職業、  学校名等 | 市町村民税課税の有無 | 備考 |
| 子どもの世帯員 |  |  | 年 月 日 | 男・女 |  | 有・無 |  |
|  |
|  |  | 年 月 日 | 男・女 |  | 有・無 |  |
|  |
|  |  | 年 月 日 | 男・女 |  | 有・無 |  |
|  |
|  |  | 年 月 日 | 男・女 |  | 有・無 |  |
|  |
|  |  | 年 月 日 | 男・女 |  | 有・無 |  |
|  |
|  |  | 年 月 日 | 男・女 |  | 有・無 |  |
|  |
|  |  | 年 月 日 | 男・女 |  | 有・無 |  |
|  |
|  |  | 年 月 日 | 男・女 |  | 有・無 |  |
|  |
| 生活保護の適用の有無 | | 適用無し　・　適用有り（　　　 　年　 月　 日保護開始） | | | | | |

**②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用を希望する期間 | 令和　年　　月　　日から | | 令和　　年　　月　　日まで | |  |
| 利用を希望する  施設（事業者）名 | 施設（事業者）名　・　希望理由 | | | | 事業所番号＊ |
| 第１希望 |  | （希望理由） |  |  |
| 第２希望 |  | （希望理由） |  |  |
| 第３希望 |  | （希望理由） |  |  |

字は楷書ではっきりと書いてください。

＊印の欄は町記載欄ですので、記入する必要はありません。

**③保育の利用の必要とする理由等**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保育の利用を必要とする理由 | 続柄 | 必要とする理由 | | 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）等 |
|  | □就労　□妊娠・出産　□疾病・負傷・障害　□介護・看護　□災害復旧　□求職活動　□就学・職業訓練  □虐待やＤＶのおそれ　□育休取得中で保育利用中の子ども　□その他（　　　　　　　　　　） | |  |
|  | □就労　□妊娠・出産　□疾病・負傷・障害　□介護・看護　□災害復旧　□求職活動　□就学・職業訓練  □虐待やＤＶのおそれ　□育休取得中で保育利用中の子ども　□その他（　　　　　　　　　　） | |  |
| 家庭の状況 | □ひとり親家庭　　・　　□左記以外 | | | |
| 希望する  利用時間 | 利用曜日 | | 利用時間 | |
| 曜日から　　　　　　曜日まで | | 時　　　分から　　　時　　　分まで | |

**④個人情報等の提供に当たっての署名欄**

|  |
| --- |
| 中井町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な私の市町村民税の情報（私の同一世帯者を含む。）及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に同意します。  保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝【記入はここまで】＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

＊町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付年月日 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給認定の可否 | | 変更前支給認定区分 | | 変更後支給認定区分 |
| 可・否  年　月　日認定 | （否とする理由） | □１号　□２号　□３号  　　（□標　　□短） | | □１号　□２号　□３号  　　（□標　　□短） |
| 支給（入所）の可否 | | | 支給（利用）期間 | |
| 可・否 | （否とする理由） | | 自：　　　　年　　月　　日  至：　　　　年　　月　　日 | |
| 入所施設（事業者）名 | | | | |
|  | | | | |
| 備　　　考 |  | | | |