様式第４号（第10条関係）　　　　　　　　　　　　（表）

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定変更申請書（兼変更届）

　　　　　年　　　月　　　日

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　印

　玉川村長　　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**個人番号**　

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定に係る変更認定を申請（届出）します。この変更申請（変更届）による支給認定に必要な市町村民税の情報（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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請に係る  小学校就学前  子ども | 氏　　　名 | 生年月日 | | | | | 性　別 | | | | | 保護者との続柄 | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 年　　月　　日生 | | | | | 男 ・ 女 | | | | |  | | | | |
|  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |
| 保護者  住所・連絡先 | 現住所：〒９６３－  　　　　　　玉川村大字  電話番号： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定者番号 |  | 現在利用している施設名 | | | | | | | |  | | | | | | |

　以下の該当する変更事項にチェックし、内容を記入して下さい。（※別紙「支給認定変更の手続きについて」により、必要書類をご確認下さい。）



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | | **住　所** | 新住所 | | | 玉川村大字 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 転居日　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| □ | | **氏　名** | 旧 | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | 新 | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | **保護者** | 旧 | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | (続柄) | | |  | | | | | 新 | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | | (続柄) |
|  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| □ | | **世帯員**  ※増減のあった方についてのみ記入して下さ  い。 | 増減理由 | | | | * 転入　□ 転出　□ 出生　□ 死亡　□ 婚姻　□ 離婚　□ その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | | | | 続 柄 | | | 生年月日 | | | | | | 性別 | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 異動年月日 | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | |  | | | 年　 月　 日生 | | | | | | 男・女 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 | |
|  | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | |  | | | 年　 月　 日生 | | | | | | 男・女 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 | |
|  | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | |  | | | 年　 月　 日生 | | | | | | 男・女 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 | |
|  | | | | | |
| **支給認定区分・**  **保育必要量の変更** | | | 旧 | □１号  □２号標準時間　□２号短時間  □３号標準時間　□３号短時間 | | | | | | | | | | |  | | | 新 | | □１号  □２号標準時間　□２号短時間  □３号標準時間　□３号短時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 変更理由 | |
|  | |
| □ | **事　由**  ※各事由を証明する書類を添付して下さい。 | | □ | 勤務変更 | | | | (続柄) | | 変　更  年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | □就職　□転職　□異動　□復職　□その他（　　　）  （転職の場合）前職離職日：　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 求職中 | | | | (続柄) | | 離　職  年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 離職した  勤務先名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| □ | 妊娠・出産 | | | | 出産予定日又は出産日 | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 育児休業 | | | | (続柄) | | | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 疾病・障害 | | | | (続柄) | | | 疾病名（　　　　　　　　　　　）  障害名（　　　　　　　　　　　）　　手帳（　有　・　無　〔　　　　手帳　　級〕） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 介護・看護 | | | | (続柄) | | | 要看（介）護者（　　　　　　　　　　）  病院・施設等　（　　　　　　　　　　） 在宅・入院・通院・送迎・その他（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 災害復旧 | | | | (続柄) | | | 従事先（　　　　　　　　　　）  従事期間（　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日まで　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 就　　学 | | | | (続柄) | | | 就学  期間 | | 年　　月　　日～  　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | 学校名 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| □ | その他 | | | | (続柄) | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（裏）

＊村記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 備　　　考 |  | | |
| 個人番号の記載 | □有　　　　　　□無 | |
| ①番号確認書類 | □個人番号ｶｰﾄﾞ　□通知ｶｰﾄﾞ　□個人番号が記載された住民票の写し等 | □無 |
| ②身元確認書類 | □個人番号ｶｰﾄﾞ　□顔写真付き身分証明書(運転免許証等)　□その他書類2点 | □無 |