

教育・保育給付認定変更申請書

(施設型給付費・地域型保育給付費等)

令和3年1月15日

中泊町長 殿

保護者氏名 中泊 太郎 (印)

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定の変更を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名 (ふりがな) なかどまり いちろう 中泊 一郎	生年月日 平成30年1月1日生	性別 男・女	障害者手帳の有無 有・無
保護者住所・連絡先	(住所) 中泊町大字中泊字中泊1番地 (連絡先) 090-9999-9999	該当する箇所に○		
認定証番号	999999999	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。		
保育認定の変更	現在の認定区分	号認定	希望する認定区分	号認定
保育必要量の変更	現在の保育必要量	短時間認定	希望する保育必要量	標準時間認定
就労状況の変化など変更申請を行う理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就労状況の変化 (母が4月1日から就労する。) <input type="checkbox"/> 家庭状況の変化 () <input type="checkbox"/> その他 ()			

※ 認定区分は、1号(3歳以上で保育を必要としない)・2号(3歳以上で保育を必要とする)・3号(3歳未満で保育を必要とする)のうち、当てはまるものを記入してください。

※ 保育必要量は、教育標準時間認定(1号)・保育標準時間認定(2・3号)・保育短時間認定(2・3号)のうち、当てはまるものを記入してください。

①世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
児童の世帯員	(ふりがな) なかどまり たろう 中泊 太郎	父	昭和58年1月1日生	男・女	会社員	有・無	
	(ふりがな) なかどまり はなこ 中泊 花子	母	昭和58年1月1日生	男・女	会社員	有・無	
	(ふりがな) なかどまり よしこ 中泊 良子	姉	平成24年1月1日生	男・女	中里小学校	有・無	
	(ふりがな) なかどまり じろう 中泊 次郎	弟	令和元年1月1日生	男・女	乳児	有・無	
	(ふりがな) なかどまり かめお 中泊 亀雄	祖父	昭和33年1月1日生	男・女	農業	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3年4月1日 から 令和6年3月31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 中里こども園 (希望理由) 自宅が近いため	
	第2希望 富野こども園 (希望理由) 勤務場所が近いため	
	第3希望 薄市こども園 (希望理由)	

○「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。

○字は楷書ではっきりと書いてください。

③保育の利用を必要とする理由等

(裏面)

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () ●勤務先 (株)中泊 ●1ヶ月の就労日数 23 日 ●1日の就労時間 8 時 ~ 17 時 まで ●出産・疾病・求職活動の状況など	就労など保育が必要な理由について記載してください。
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () ●勤務先 (有)中泊 ●1ヶ月の就労日数 21 日 ●1日の就労時間 7 時 ~ 16 時 まで ●出産・疾病・求職活動の状況など		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日	月曜日 から 土曜日まで	利用時間
			午前 7 時 分 から 午後 6 時 分 まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄

忘れずに署名してください。

町が施設型給付費・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(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること。また、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 自 署 印

*以下は、町記載欄ですので、記入しないでください。

受付	<h1 style="color: red;">点線以下は記入不要</h1>		区分等
可・否 (否とする)			□2号 □3号
年 月 日認定		(□標準 □短)	
教育・保育給付(入所)の可否		教育・保育給付(利用)期間	
可・否 (否とする理由)		自	年 月 日
[□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型]		至	年 月 日
入所施設(事業者)名			
(□認定こども園(□連 □幼(□幼 □保) □保(□保 □幼) □地(□幼 □保)) □幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事))			
備 考			

*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)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定))) ・ 無
備 考	