

支給認定（変更・取消）申請書兼変更届

稚内市長様

年 月 日

- 1 利用者負担額の決定に関して、市民税の情報（同一世帯者含む。）及び世帯情報を閲覧することに同意します。
- 2 この申請書等及び添付書類の写しを利用施設に提供することがあります。
- 3 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。

以上のことに同意の上、子ども・子育て支援法第23条第1項の規定による支給認定の変更、同法第24条の規定による支給認定の取消、同法施行規則第15条による届出事項の変更について、申請（届出）します。

保護者
(申請者)

住所 _____

氏名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 月 日

日中連絡先1 _____

日中連絡先2 _____

児童氏名	ふりがな	ふりがな	ふりがな
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
利用施設	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中

1・支給認定に関する項目 (以下の該当する変更事項を☑し、記入してください。)

変更事項	現 行	変 更 後
<input type="checkbox"/> 支給認定区分 ／保育必要量	<input type="checkbox"/> 1号 <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 <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"/> 取消 (理由: _____)
<input type="checkbox"/> 認定期間		
<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 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> その他	<input 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 勤務先 (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母)	勤務先名: _____ 住 所: _____	勤務先名: _____ 住 所: _____
変更 (希望) 年月日		年 月 日

2・世帯情報に関する項目

変更事項	現 行	変 更 後
<input type="checkbox"/> 住所		〒 _____
<input type="checkbox"/> 保護者		
<input type="checkbox"/> 児童名		
<input type="checkbox"/> 世帯構成	母子・父子世帯等に該当 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	母子・父子世帯等に該当 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 生活保護受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 保護廃止・開始 (_____ 年 月 日)
<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		
変更 (希望) 年月日		年 月 日

※1及び2について変更に必要な書類の提出を求めています。