

教育・保育給付認定変更申請書

国立市長 殿

住所 _____

保護者氏名 _____ (印)

※署名の場合は押印不要

電話番号 _____

次のとおり、教育・保育給付認定事項に変更がありましたので認定変更の申請を行います。

1 教育・保育給付認定子ども

	氏名	生年月日	クラス年齢	在籍保育施設等	支給認定証番号・個人番号
1		年 月 日		園	個人番号
2		年 月 日		園	個人番号
3		年 月 日		園	個人番号

2 教育・保育給付

認定子どもの世帯状況（保護者が別居している場合は、状況欄に住所を記入してください。）

	氏名	続柄	生年月日	状況（在籍保育施設等）
保護者①			年 月 日	個人番号
保護者②			年 月 日	個人番号
世帯員			年 月 日	通園・在学・就労 [] 在宅・その他
世帯員			年 月 日	通園・在学・就労 [] 在宅・その他
世帯員			年 月 日	通園・在学・就労 [] 在宅・その他

3 保護者の認定基準の変更状況

保育の必要性	現在 号認定 ⇒ <input type="checkbox"/> 必要性あり(2号認定) <input type="checkbox"/> 必要性なし(1号認定)		
希望する 利用時間	利用曜日 月・火・水・木・金・土	利用時間 時から 時まで	希望認定区分 <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間

※認定区分は、就労証明書の勤務時間等及び上記を勘案して決定します。

※以下「変更箇所のみ」記入をお願いします。

保護者①の状況

就労・就学	勤労等の状況	<input type="checkbox"/> 外勤(常勤・パート等) <input type="checkbox"/> 自営(自宅・自宅外) <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 就学		
	勤務先名称・学校名		仕事等の内容	
	所在地		電話番号	
	通勤経路(概略)	<small>(記載例: 自宅～最寄駅～(～線)乗換駅～(～線)降車駅～勤務地)</small>		通勤時間 分
	就労(学)期間	年 月 日から 年 月 日(予定)		
不存在	理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他()	経済的援助(養育費等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	発生年月日	年 月 日から	児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 資格なし
出産		出産予定日 年 月 日		
疾病・しょうがい・看	対象者氏名(続柄)	()	傷病名等	
	しょうがい名等		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級・度)
	状況(病院・施設名)	<input type="checkbox"/> 入院() <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通所・通院() 月・週 回		
求職	求職活動中	<input type="checkbox"/> 活動中である	活動の頻度	月・週 回程度
	内定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月 日から	<input type="checkbox"/> 勤務予定 <input type="checkbox"/> 開業予定
	具体的な内容	内定有の方は記入してください。()		

保護者②の状況

就労・就学	勤労等の状況	<input type="checkbox"/> 外勤(常勤・パート等) <input type="checkbox"/> 自営(自宅・自宅外) <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 就学		
	勤務先名称・学校名		仕事等の内容	
	所在地		電話番号	
	通勤経路(概略)	<small>(記載例: 自宅～最寄駅～(～線)乗換駅～(～線)降車駅～勤務地)</small>		通勤時間 分
	就労(学)期間	年 月 日から 年 月 日(予定)		
不存在	理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他()	経済的援助(養育費等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	発生年月日	年 月 日から	児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 資格なし
出産		出産予定日 年 月 日		
疾病・しょうがい・看	対象者氏名(続柄)	()	傷病名等	
	しょうがい名等		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級・度)
	状況(病院・施設名)	<input type="checkbox"/> 入院() <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通所・通院() 月・週 回		
求職	求職活動中	<input type="checkbox"/> 活動中である	活動の頻度	月・週 回程度
	内定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月 日から	<input type="checkbox"/> 勤務予定 <input type="checkbox"/> 開業予定
	具体的な内容	内定有の方は記入してください。()		