

記入例

第4号様式（第9条関係）

教育・保育給付認定変更申請書

年 月 日

須賀川市長

支給認定通知書に記載の認定番号（4桁）を記入してください。

次のとおり申請します。

なお、市が教育・保育給付認定に必要な世帯員の市町村民税に関する情報を利用することに同意します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|---|--|----|--|--|
| 申請に係る小学校就学前子ども | (フリガナ) 氏名 | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 続柄 | | |
| | スカガワ ポタン | | | | | | | | | | 平成30年 7月 7日生 | | | | | |
| | 須賀川 牡丹 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | | | | | | |
| 保護者氏名 住所・連絡先 | (フリガナ) 氏名 | | | | | | | | | | (住所) 〒962-8601 | | | | | |
| | スカガワ タロウ | | | | | | | | | | 須賀川市八幡町135 | | | | | |
| | 須賀川 太郎 印 | | | | | | | | | | (連絡先) 0248-88-8124 | | | | | |
| 個人番号 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | |
| 認定番号 | 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更内容 | <input type="checkbox"/> 1号認定から2号認定に変更（添付書類が必要） <input type="checkbox"/> 2号認定から1号認定に変更 <input type="checkbox"/> 保育料の変更 <input checked="" type="checkbox"/> その他（保育短時間から保育標準時間に変更） | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 変更となる内容・理由を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更の理由 | <input type="checkbox"/> 就労するようになったため <input type="checkbox"/> 就労をやめたため <input type="checkbox"/> 家族構成が変更となったため（ ） <input checked="" type="checkbox"/> その他（育児休業から復職するため） | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 変更となる内容・理由を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |

※1号認定から2号認定に変更を希望する場合は、①も記入してください。

保育所、認定こども園の保育部門を希望する場合は、必ず記入して下さい

①保育の利用を必要とする理由等

※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下さい。

| 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） |
|---------------|--|--|--------------------------------|
| | 父 | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他（ ） | ○○市役所 8:30~17:15 21日/月勤務 |
| 母 | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他（ ） | △△銀行 8:00~17:00 21日/月勤務 | |
| 家庭の状況 | <input type="checkbox"/> ひとり親 ・ <input type="checkbox"/> 未婚 ・ <input type="checkbox"/> 単身赴任 | | |
| 希望する利用時間 | 利用曜日 | | 利用時間 |
| | 月曜日から 金曜日まで | | 8時から 18時まで |

(表面)

*市記載欄

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

| 認定の可否 | | 認定番号 | 認定区分等 |
|---|----------|----------|---|
| 可・否 年 月 日認定 | (否とする理由) | | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短) |
| 入所の可否 | | 利用(予定)期間 | |
| 可・否 [<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型] | (否とする理由) | 自: 年 月 日 | 至: 年 月 日 |
| 入所施設(事業者)名 | | | |
| | | | |
| 備考 | | | |

(裏面)