

大仙市教育・保育給付認定変更申請書

提出日： 年 月 日

大仙市長 あて

次のとおり教育・保育給付に係る支給認定の変更を申請します。

支給認定 保護者 (申請者)	氏 名		住所及び電話番号		生年月日	
			電話番号		年 月 日	
①児童氏名 (保護者との続柄) 及び生年月日	(続柄) 年 月 日		②児童氏名 (保護者との続柄) 及び生年月日	(続柄) 年 月 日		
③児童氏名 (保護者との続柄) 及び生年月日	(続柄) 年 月 日		④児童氏名 (保護者との続柄) 及び生年月日	(続柄) 年 月 日		

(変更事項)	
<input type="checkbox"/> 認定区分	<input type="checkbox"/> 保育所等の利用を希望する（2・3号認定） <input type="checkbox"/> 幼稚園等の利用を希望する（1号認定）
<input type="checkbox"/> 保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 → 保育短時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間 → 保育標準時間
<input type="checkbox"/> 有効期間	
<input type="checkbox"/> 利用者負担額（保育料）	

(変更理由)		
変更の対象となる者 と児童との続柄	父 ・ 母 ・ その他 ()	
<input type="checkbox"/> 就労	就労形態 <input type="checkbox"/> 家庭外労働 <input type="checkbox"/> 自営(職種) <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業	
	勤務先名称	勤務先所在地
	就労時間	1日 時間 就労日数 月平均 日
	通勤時間	約 分 通勤手段
	勤務開始日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	出産(予定)日： 年 月 日 出産後の予定 ()	
<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	病名 () <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 身障 (級) <input type="checkbox"/> 精神保健 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B)	
<input type="checkbox"/> 介護等	氏名 () 児童との続柄 () <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 病名 () 身障手帳等 (級)	
<input type="checkbox"/> 求職活動等	<input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 起業準備 (具体的な活動内容：)	
<input type="checkbox"/> 就学等	学校等名 () 所在地 () 就学期間： 年 月 日まで 時間(1日) 時間 日数(月平均) 日	
<input type="checkbox"/> 災害復旧	災害の状況 () 復旧の見込み (年 月 頃)	
<input type="checkbox"/> 育児休業取得	育児休業取得期間： 年 月 日から 年 月 日まで 復職予定日： 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 復職	年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他		
備 考		