

施設型給付費・地域型保育給付費支給認定変更申請書

令和 年 月 日

岸和田市長 様

住 所 岸和田市 町

保護者氏名

自宅電話番号

携帯電話番号 (父・母)

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定の変更認定を申請します。

支給認定番号										
申請の対象となる子ども	フリガナ							生年月日		
	氏名							平・令	年 月 日	
保護者	対象子どもとの続柄	フリガナ							生年月日	
		氏名							昭・平	年 月 日
	対象子どもとの続柄	フリガナ							生年月日	
		氏名							昭・平	年 月 日
変更申請事項	<input type="checkbox"/> 支給認定区分	希望する 認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 (1号と2号の併願希望 有・無)							
	<input type="checkbox"/> 保育必要量	変更日	令和	年	月	日	から			
		保育の利用を 希望する時間	時	分	から	時	分	まで		
	<input type="checkbox"/> 有効期間									
<input type="checkbox"/> 利用者負担額に関する事項										
申請を行う原因となった事由	就労状況の変化等変更申請を行う原因となった事由について、具体的に記入してください。									

同意書

次の事項について、同意します。

1. 市が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定の変更の認定に必要な課税状況について、各関係機関に調査、照会又は閲覧すること。
2. 就労や疾病状況等保育の利用を必要とする要件について、雇用主その他関係機関に調査又は照会すること。

保護者氏名 _____ (印)

_____ (印)