

## 支給認定(変更)申請書

年 月 日

(宛先) 見附市長

		保護者氏名 (署名)			
申請に係る 小学校就学 前の子ども	氏 名 <small>(フリガナ)</small>	生年月日		性 別	障害者手帳
	個人番号	年 月 日生	男・女	有・無	
保護者 住所・連絡先		<small>(住所)</small> 見附市 <small>(連絡先)</small> ※日中連絡の取れる連絡先を記入してください。			
認定者番号	<small>(既に支給認定を受けている場合に記入してください。)</small>				
保育の希望の有無(※)	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(1号) 有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育園等において保育の利用を希望する場合(2号・3号)				
変更内容			変更理由		

### ①世帯の状況

区分	氏 名 <small>(フリガナ)</small>	子どもとの続柄	生年月日	性 別	職業又は学校名等	備 考
子どもの世帯員	父	年 月 日生	男			
	個人番号					
	母	年 月 日生	女			
	個人番号					
		年 月 日生	男・女			
		年 月 日生	男・女			
	年 月 日生	男・女				
	年 月 日生	男・女				
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り( 年 月 日保護開始)				

### ②利用を希望する期間、希望する園名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで				
利用を希望する園名	園名・希望理由				
	第1希望		(理由)		
	第2希望		(理由)		

\*園記載欄(園を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日	園名			
入所契約(内定)の有無	有( 契約・内定 ( 年 月 日契約(内定))) ・ 無				
備 考					

③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で保育の利用を希望する場合に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由		備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <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"/> その他( )		
		勤務先 [ ]	勤務時間等 [ 午前 時 分 ~ 午後 時 分 ]	1ヶ月あたり約 日
	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"/> その他( )		
		勤務先 [ ]	勤務時間等 [ 午前 時 分 ~ 午後 時 分 ]	1ヶ月あたり約 日
	同居する祖父	<input type="checkbox"/> 就労 <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"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他( )		
勤務先 [ ]		勤務時間等 [ 午前 時 分 ~ 午後 時 分 ]	1ヶ月あたり約 日	
同居する祖母	<input type="checkbox"/> 就労 <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"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他( )			
	勤務先 [ ]	勤務時間等 [ 午前 時 分 ~ 午後 時 分 ]	1ヶ月あたり約 日	
	<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"/> その他( )			
	勤務先 [ ]	勤務時間等 [ 午前 時 分 ~ 午後 時 分 ]	1ヶ月あたり約 日	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 単身赴任 ・ <input type="checkbox"/> 在宅障害者がいる ・ <input type="checkbox"/> 左記以外			
希望する利用時間	利用曜日		利用時間	
	曜日から	曜日まで	時から	時まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名(署名)

\*市記載欄

受付年月日	年 月 日
認定の可否	認定者番号
可・否 ( )	認定区分等
年 月 日認定	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短 )