

智頭町教育・保育給付費等支給認定変更申請（届出）書

年 月 日

智頭町長 様

申請者（保護者） 住 所
氏 名 印
連絡先

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定の変更を申請（届出）ます。

また、智頭町が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定の変更に必要な市町村民税の課税情報（同一世帯を含む）及び世帯情報を閲覧し、又は収集すること、その情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

| | 氏 名 | 生年月日 | 施設名 |
|--------------------------|-----|------|-----|
| 申請（届出）に係る子どもの氏名・生年月日・施設名 | | | |
| | | | |
| | | | |

※以下の該当する変更事項に☑し、記入して下さい。

| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 保育必要量の変更 | <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間 | <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間 (理由：) |
| <input type="checkbox"/> 有効期間の変更 | | (理由：) |
| <input type="checkbox"/> 住所の変更 | | |
| <input type="checkbox"/> 保護者の変更 | | (理由：) |
| <input type="checkbox"/> 保育を必要とする事由の変更 (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母) | <input 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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 | <input 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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 |
| | (具体的な内容) | (具体的な内容) |
| <input type="checkbox"/> 就職・退職又は勤務先の変更 (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母) | 勤務先名： 電話番号： 雇用形態： 就労時間： 時 分～ 時 分 1ヵ月の平均就労日数： 日 1ヵ月の総就労時間： 時間 | <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 勤務先変更 勤務先： 電話番号： 雇用形態： 就労時間： 時 分～ 時 分 1ヵ月の平均就労日数： 日 1ヵ月の総就労時間： 時間 |
| <input type="checkbox"/> その他 ※具体的な内容をお書きください。 | | |
| 変更（希望）年月日 | 年 月 日 | |

※支給認定証と変更内容を証明するための書類を添付して申請（届出）して下さい。