

様式第7号（第8条関係）

子ども・子育て支援制度認定変更申請書兼内容変更届

施設受付印	町收受印

- ①大河原町が、審査に必要な情報を公簿等で確認する（マイナンバーを用いた情報連携を含む）ことや、他の機関に必要な資料の提供を求められることがあります。
- ②大河原町が、審査のために、児童の保護者の雇用主など関係者に照会を行うことがあります。
- ③申請（届）内容に虚偽（提出書類の偽造・改ざんを含む）があった場合は、認定を取消すことがあります。

以上のことに同意の上、次のとおり申請（届出）します。

大河原町長 様

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

認定児童

フリガナ	続柄	続柄	続柄
児童氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
利用施設	( <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 内定)	( <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 内定)	( <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 内定)

申請者※認定保護者が申請してください。（認定保護者を変更する場合は、新たに認定保護者となる方が申請）

フリガナ		生年月日	年 月 日
保護者氏名			
保護者の住所	〒 大河原町	連絡先	父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（ ）

変更（希望）年月日

変更（希望）年月日	年 月 日
-----------	-------

変更（希望）内容

変更事項	旧	新（変更内容）
<input type="checkbox"/> 認定保護者	子どものための教育・保育給付に係る認定について、認定保護者を以下のとおり変更することに同意します。 変更前（署名または記名押印） _____ 変更後（署名または記名押印） _____ <input type="checkbox"/> 認可保育所を利用の場合 > 口座変更 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の方⇒口座変更や口座振替を停止される場合は「口座振替依頼書（又は自動払込利用申込書）」を金融機関へ提出してください。	
<input type="checkbox"/> 認定区分	<input type="checkbox"/> 1号（法第19条 1号） 新制度幼稚園 <input type="checkbox"/> 新1号（法第30の4 1号） 未移行幼稚園 <input type="checkbox"/> 2号/3号（法第19条 2号/3号） 保育所・小規模保育所 <input type="checkbox"/> 新2号/新3号（法第30条2号/3号） 預かり保育・認可外保育所ほか	<input type="checkbox"/> 1号（法第19条 1号） 新制度幼稚園 <input type="checkbox"/> 新1号（法第30の4 1号） 未移行幼稚園 <input type="checkbox"/> 2号/3号（法第19条 2号/3号） 保育所・小規模保育所 <input type="checkbox"/> 新2号/新3号（法第30条2号/3号） 預かり保育・認可外保育所ほか
<input type="checkbox"/> 保育必要量※（保育利用のみ）	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間
<input type="checkbox"/> 保育を必要とする理由※ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ）	勤務先 _____ 勤務先住所 _____ 電話番号 _____ 通勤時間 往復 _____ 時間 _____ 分/日 退職日 年 月 日	勤務先 _____ 勤務先住所 _____ 電話番号 _____ 通勤時間 往復 _____ 時間 _____ 分/日 就労開始日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 世帯構成 <input type="checkbox"/> 児童名 <input type="checkbox"/> その他		

※＝証明する書類（就労証明、診断書、障害者手帳等の写し、在学証明、母子健康手帳の写し、申立書等）を添付してください。