

施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付認定変更申請書

令和 年 月 日

南幌町長 様

保護者 住所 _____

氏名 _____

連絡先 _____

施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定の内容を変更したいので、次のとおり申請します。また、施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定変更に必要な市町村民税の課税情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧し、又は収集することに同意します。

変更年月日	年 月 日				
支給認定証番号		利用施設の名称			
教育・保育給付認定を受けた子ども	フリガナ氏名	生年月日	年 月 日	性別	男・女

1 教育・保育給付認定の変更にかかる事項（支給認定証を添付すること。）

保育必要事由（就労等）の変更	有 ・ 無	税額の変更	有 ・ 無
利用者負担額の算定に係る家族構成の変更（結婚・離婚等）		有 ・ 無	
変更内容等			

2 申請内容の変更に係る事項（変更があった事項について記載すること。）

住 所	変更前：		
	変更後：		
氏 名	子ども・父・母 その他（ ）	変更前：	
		変更後：	
家族構成	変更前：		
	変更後：		

町記載欄		変更の有無	変更前	変更後
	(1)認定区分の変更	有・無	<input type="checkbox"/> 1号認定（3歳以上・教育のみ） <input type="checkbox"/> 2号認定（3歳以上・保育） <input type="checkbox"/> 3号認定（3歳未満・保育）	<input type="checkbox"/> 1号認定（3歳以上・教育のみ） <input type="checkbox"/> 2号認定（3歳以上・保育） <input type="checkbox"/> 3号認定（3歳未満・保育）
(2)保育必要量の変更	有・無	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間の保育利用） <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間の保育利用）	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間の保育利用） <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間の保育利用）	
(3)教育・保育給付認定の有効期間変更	有・無	年 月 日まで	年 月 日まで	
(4)利用者負担額の変更	有・無			

記載例

様式第8号

施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付認定変更申請書

南幌町長 様

①申請書の提出年月日、保護者住所、氏名、連絡先をご記入ください。

令和 〇年 〇月 〇日

保護者 住所 **南幌町〇〇〇丁目〇番〇号**
氏名 **南幌 太郎**
連絡先 **080-〇〇〇〇-△△△△**

施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定の内容を変更したいので、次のとおり申請
また、施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定変更に必要な市町村民税の課税情報
（帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧し、又は収集することに同意します。

②

変更年月日	令和 〇年 〇月 〇日			
支給認定証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		利用施設の名称	〇△□保育園
教育・保育給付認定を受けた子ども	フリガナ氏名	ナンボロ イチロウ 南幌 一郎	生年月日	〇年 〇月 〇日
			性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女

②教育・保育給付認定を受けたお子さんについてご記入ください。

③

・保育給付認定の変更にかかる事項（支給認定証を添付すること。）

保育必要事由（就労等）の変更	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	税額の変更	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
利用者負担額の算定に係る家族構成の変更（結婚・離婚等）	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>		
変更内容等	就労先の変更		

③認定内容の変更についてご記入ください。変更内容等についても該当する内容を必ずご記入ください。就労状況が変更になった場合は、「就労証明書」を必ず添付してください。

④

・内容の変更に係る事項（変更があった事項について記載すること。）

住 所	変更前：	南幌町〇〇〇丁目〇番〇-〇号
	変更後：	南幌町〇〇〇丁目〇番〇号
氏 名	子ども・父・母 その他（ ）	変更前： 変更後：
	変更前：	
家族構成	変更前：	
	変更後：	

④申請内容に変更がある場合にご記入ください。

	変更の有無	変更前	変更後	
町記載欄	(1)認定区分の変更	有・無	<input type="checkbox"/> 1号認定（3歳以上・教育のみ） <input type="checkbox"/> 2号認定（3歳以上・保育） <input type="checkbox"/> 3号認定（3歳未満・保育）	<input type="checkbox"/> 1号認定（3歳以上・教育のみ） <input type="checkbox"/> 2号認定（3歳以上・保育） <input type="checkbox"/> 3号認定（3歳未満・保育）
	(2)保育必要量の変更	有・無	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間の保育利用） <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間の保育利用）	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間の保育利用） <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間の保育利用）
	(3)教育・保育給付認定の有効期間変更	有・無	年 月 日まで	年 月 日まで
	(4)利用者負担額の変更	有・無		

この欄は記入しないでください。

問合せ先：北海道空知郡南幌町
保健福祉課 健康子育てグループ

電話 011-378-5888(内線124)
FAX 011-378-5255

平日 8:30~17:00
(土日祝日と12月31日~1月5日を除く)