

# 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

安中市長 様

保護者(父親)氏名

保護者(母親)氏名

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定の変更について申請

対象児童	(ふりがな) 氏 名	生年月日	令和4年 4月1日の 年齢	性別	障害者手帳 等の有無
		平成 令和 年 月 日生		男・女	有・無
現住所	安中市	令和3年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> その他( )		
		令和4年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> その他( )		
保護者連絡先	父連絡先 : - - 母連絡先 : - -				
認定者番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。				
保育の希望の有無	有 (2,3号認定) : 保護者の労働または疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願する場合を含む) → 1から5まで全て記入				
	無 (1号認定) : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願する場合を除く) → 1, 2, 4, 5を記入				

※1 「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。

※2 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

## 1 世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏 名	続柄	生年月日	性別	満年齢 (令和4.4.1現在)	職業又は勤務先 (学校、保育所等)	障害者手帳 等の有無	備考
入 所 児 童 の 世 帯 員		父	・ ・	男			有・無	
		母	・ ・	女			有・無	
				・ ・	男・女			有・無
				・ ・	男・女			有・無
				・ ・	男・女			有・無
				・ ・	男・女			有・無
				・ ・	男・女			有・無
生活保護の適用の有無		無 ・ 有 ( 年 月 日保護開始)						

## 2 変更内容

変更年月日	令和 年 月 日
変更の理由	<input type="checkbox"/> 認定区分の変更( 号→ 号) <input type="checkbox"/> 時間区分の変更( → ) <input type="checkbox"/> 求職活動から就労への変更 <input type="checkbox"/> 住所の変更 <input type="checkbox"/> その他の理由( ) <input type="checkbox"/> 認定事由の変更( → ) <input type="checkbox"/> 就労先の変更 <input type="checkbox"/> 就労時間の変更 <input type="checkbox"/> 世帯員の変更( <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 ) <input type="checkbox"/> 税額の変更

### 3 保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働または疾病等の理由により保育所等において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
		<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"/> 虐待・家庭内暴力 <input type="checkbox"/> その他( )		
		勤務先名	電話番号	
		<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"/> 虐待・家庭内暴力 <input type="checkbox"/> その他( )		
		勤務先名	電話番号	
希望する利用時間	利用曜日		利用時間	
	月・火・水・木・金・土		時 分から 時 分まで	

### 4 家庭の状況

家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等 (下記の「施設利用者負担額(保育料)減免または副食費免除判定に係る申請欄」についても記入してください。)
	<input type="checkbox"/> 上記以外

### 5 税情報等の提供に当たっての同意

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市民税の情報(同一世帯員を含む。)及び世帯情報等を閲覧すること並びにその情報に基づき決定した利用者負担額又は副食費徴収免除判定結果について、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 \_\_\_\_\_

### 施設利用者負担額(保育料)減免または副食費免除判定に係る申請欄

次のとおり利用者負担額(保育料)の減額又は免除若しくは副食費の免除を申請します。

該当事由 ※該当するものに☑してください。	① <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (添付書類:戸籍謄本 または 福祉医療費受給資格者証の写し)
	② <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯 (添付書類:障害者手帳等の写し)
	③ <input type="checkbox"/> 第3子目以降の児童 (添付書類:世帯全員分の保険証の写し ※1)

※1 添付書類や公簿等で確認が困難な場合、戸籍謄本等扶養人数がわかる書類を提出いただく場合があります。

※2 ①、②については、市町村民税の所得割額等により、減額又は免除とならない場合があります。

※3 きょうだいで申請の場合は、それぞれ申請してください。

※4 上記「該当事由」に変更があった場合は、必ず申し出てください。

※5 記載もれがある場合、保育認定に影響を及ぼす場合がありますので、記載もれがないよう確認のうえ提出してください。

※市確認欄(記入しないでください)

判定結果	①ひとり親 ②世帯内障害者有 ③第3子目以降 ④左記のいずれも非該当
保育料市階層区分判定	①ひとり親家庭等(A階層)該当 ②第3子目以降該当 ③左記のいずれも非該当
副食費免除判定結果	国の基準に基づく免除 ・ 安中市独自の基準に基づく免除 ・ 免除非該当
減免・免除期間	年 月から 年 月まで