



## 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請内容変更届

令和 年 月 日

甲州市福祉事務所長 様

下記のとおり施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定申請内容の変更を届け出ます。

認定事由等の確認に必要な世帯等の課税状況及び世帯等情報について関係機関へ照会し、決定した利用者負担額を関係施設に提示することに同意します。

保護者住所	甲州市									
保護者氏名										
個人番号										
連絡先										

ふりがな 入所児童氏名	生年月日	年齢 (R5.4.1現在)	認定者番号
	平成 令和 年 月 日	歳	
	平成 令和 年 月 日	歳	
	平成 令和 年 月 日	歳	

施設名	
-----	--

変更年月日	令和 年 月 日
-------	----------

変更理由	
------	--

### 【変更内容】

※変更があった事項についてチェック(☑)し、必要事項を記入してください。

変更事項	変更前		変更後	
<input type="checkbox"/> 住所	甲州市		甲州市	
<input type="checkbox"/> 保育を必要とする事由 □父 □母	1.就労 2.妊娠出産 3.疾病傷害 4.介護看護 5.災害復旧 6.求職活動 7.就学 8.虐待DV 9.育児休業 10.その他( )		1.就労 2.妊娠出産 3.疾病傷害 4.介護看護 5.災害復旧 6.求職活動 7.就学 8.虐待DV 9.育児休業 10.その他( )	
<input type="checkbox"/> 保護者				
<input type="checkbox"/> 児童氏名				
<input type="checkbox"/> 希望する利用時間区分	<input type="checkbox"/> 標準時間認定 (11時間まで)	<input type="checkbox"/> 短時間認定 (8時間まで)	<input type="checkbox"/> 標準時間認定 (11時間まで)	<input type="checkbox"/> 短時間認定 (8時間まで)
<input type="checkbox"/> 保護者の職業等 □父 □母	1ヶ月あたりの就労等に要する時間		1ヶ月あたりの就労等に要する時間	
			1日就労等時間	時間 分
			往復通勤等時間	時間 分
	合計 時間 分		1ヶ月あたり日数	日
			合計	時間 分

