

支 給 認 定 区 分 変 更 申 請 書

(あて先) 宇都宮市社会福祉事務所長

次のとおり、支給認定区分の変更を申請いたします。

また、保育施設等の変更申請に関する世帯情報等を特定教育・保育施設等に提供することに同意します。

支給認定番号	在園中の 保育施設等名
--------	----------------

①申請者の情報		年	月	日
保護者	フリガナ			
	氏名	印	連絡先 (自宅) (携帯 父・母)	
	住所	(〒 -) 宇都宮市		
児童	フリガナ	年 齢	歳クラス	
	氏名	生年月日	年	月 日
		性 別	男 ・ 女	

②世帯の状況(祖父母, おじ, おばは除く。)

	氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	個人番号 (マイナンバー)
児童の世帯員		父	年 月 日	男・女		
		母	年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		

③祖父母の状況

	申込児童の祖父母の氏名	生 年 月 日	住 所	同居・別居等の別	健康状況	職業等
父方	祖父	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障	
	祖母	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障	
母方	祖父	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障	
	祖母	年 月 日		同居・別居・死亡	普・弱・障	

④変更希望の認定区分

現在の認定区分 <input type="checkbox"/> 1号認定 <input type="checkbox"/> 2号認定 <input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間 <input type="checkbox"/> 3号認定 <input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間	⇒	変更希望の認定区分 <input type="checkbox"/> 1号認定 <input type="checkbox"/> 2号認定 <input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間 <input type="checkbox"/> 3号認定 <input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間
--	---	--

⑤認定区分の変更理由

理由	
----	--

備考

- 1 1号認定に変更希望される方は、①～⑤をご記入ください。
- 2 2号、3号認定に変更希望される方は、①～⑤をご記入の上、裏面の⑥もご記入ください。

⑥保育の利用を必要とする理由等【2号, 3号認定のみ記入】

必要とする理由			
父	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧
	勤務先名	病人名・病名 ()	<input type="checkbox"/> その他
	住所	<input type="checkbox"/> 就学 学校名 ()	
	連絡先	就学時間 時 分 ~ 時 分	
	就労時間	時間/月	
	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい 障害等級 級 病名・病院名 ()	<input type="checkbox"/> 求職活動	
母	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧
	勤務先名	病人名・病名 ()	<input type="checkbox"/> その他
	住所	<input type="checkbox"/> 就学 学校名 ()	
	連絡先	就学時間 時 分 ~ 時 分	
	就労時間	時間/月	
	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい 障害等級 級 病名・病院名 ()	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 出産予定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 求職活動	
ひとり親世帯状況	死別・離別・別居・行方不明・未婚・単身赴任・ ()	時期	年 月 日
希望する利用 時間(曜日)	利用時間	利用曜日	備考
	時から 時まで	曜日から 曜日まで	

※以下は記入しないでください。

*宇都宮市記載欄

変更認定の可否 可・否 (否とする理由) 平成 年 月 日	変更認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由) [<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型]	支給(利用)期間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
入所施設事業者名	
<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保))	
<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)	
備考	

*施設記載欄 (施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
備考	