施設型給付費・地域型保育給付費等　支給認定変更申請書

　令和　　年　　月　　日

保護者氏名

　　滝沢市長　様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定変更を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請に係る小学校就学前子ども | ふりがな氏　　名 | 生年月日 | 性別 | 障害者手帳の有無 |
|  | 平成令和 | 　年　　月　　日生 | 男・女 | 有・無 |
|  |
| 保護者住所・連絡先 | （住　所）（連絡先）父携帯：　　　-　　　-　　　　母携帯：　　　-　　　-　　　　　自宅：　　　-　 |
| 認定者番号 |  | 利用施設の名称 | 保育園・園 |

支給認定変更申請を行う原因となった理由等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保護者の続柄 |  |  |
| 保育が必要な理由 | □就労 □妊娠･出産 □疾病･障がい□介護等 □求職等 □就学等 □その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　） | □就労 □妊娠･出産 □疾病･障がい□介護等 □求職等 □就学等 □その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **「保育が必要な事由」に該当する箇所の具体的な状況を記入してください。** |
| 就労の状況 | 形態 | □常勤　□非常勤　□自営　□就労予定 | □常勤　□非常勤　□自営　□就労予定 |
| 場所 | □自宅　　　　□自宅外 | □自宅　　　　□自宅外 |
| 時間 | 月　　　時　　分から　　時　　分まで火　　　時　　分から　　時　　分まで水　　　時　　分から　　時　　分まで木　　　時　　分から　　時　　分まで金　　　時　　分から　　時　　分まで土　　　時　　分から　　時　　分まで日　　　時　　分から　　時　　分まで1か月あたり　　　　時間 | 月　　　時　　分から　　時　　分まで火　　　時　　分から　　時　　分まで水　　　時　　分から　　時　　分まで木　　　時　　分から　　時　　分まで金　　　時　　分から　　時　　分まで土　　　時　　分から　　時　　分まで日　　　時　　分から　　時　　分まで1か月あたり　　　　時間 |
| 休業中の場合 | 事由(　　　　　　　　　　　　　　　）期間　　年　　月から　　年　　月まで | 事由(　　　　　　　　　　　　　　　)期間　　年　　月から　　年　　月まで |
| 妊娠・出産の状況 | 出産予定日　　　　　年　　月　　日出産後の予定(　　　　　　　　　　　) | 出産予定日　　　　　年　　月　　日出産後の予定(　　　　　　　　　　　) |
| 疾病・障がいの状況 | 疾病 | 病　　名(　　　　　　　　　　　　　)入院期間　　　年　月から　年　月まで通　　院　1週間に　　回　　　(1回の診療時間　平均　　時間) | 病　　名(　　　　　　　　　　　　　）入院期間　　　年　月から　年　月まで通　　院　1週間に　　回　　　(1回の診療時間　平均　　時間) |
| 障がい | □身障(　　級) 　□精神保健(　　級）□療育(A・B) | □身障(　　級) 　□精神保健(　　級）□療育(A・B) |
| 介護等の状況 | 氏名続柄　　　　　　／場所　(入院・在宅)期間　　年　　月から　　年　　月まで付添　1週間に　　回(1回平均　　時間） | 氏名続柄　　　　　　／場所　(入院・在宅)期間　　年　　月から　　年　　月まで付添　1週間に　　回(1回平均　　時間） |
| 求職等の状況 | □求職中　　　□起業準備中(具体的な活動内容　　　　　　　　　) | □求職中　　　□起業準備中(具体的な活動内容　　　　　　　　　) |
| 就学等の状況 | 学校等名所在地 | 学校等名所在地 |
| その他の状況 | 保育標準時間が必要な理由□通勤時間がかかるため□勤務先のシフトのため□恒常的に残業があるため□その他（　　　　　　　　　　　　） | 保育標準時間が必要な理由□通勤時間がかかるため□勤務先のシフトのため□恒常的に残業があるため□その他（　　　　　　　　　　　　） |

\*滝沢市記載欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定の可否 | 認定者番号 | 認定区分等 |
| * 可
* 否　　（理由）
 |  | * 1号

（□標　　□短）* 2号
* 3号
 |