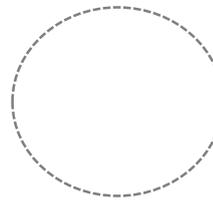


家族状況等変更届

(兼 施設型給付費・地域型保育給付費等申請書)

阿智村長様

令和 年 月 日



当支給認定に必要な世帯員の村税課税情報及び世帯情報を閲覧することや、その情報に基づき決定した利用者負担額及び収納状況等を、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。

利用期間中の利用者負担額算定のために村長が私の世帯及び家族の生活保護・母子家庭・児童兄弟の障がい児通所施設への通所状況・障害者に係る資料等を閲覧することに同意します。

下記のとおり、利用申込書の記入内容の変更、または、支給認定を申請します。

施設名	保育園			
保護者住所・連絡先	現住所: 〒 阿智村 連絡先 _____ <small>日中連絡がとれる番号をご記入ください。</small>			
保護者名	Ⓜ			
児童名	ふりがな	生年月日	性別	年齢 (4月1日現在)
	氏名			

変更内容(該当する□にレ点を付けて下さい。)

と保育を理由要	<input type="checkbox"/> 変更年月日: 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 支給認定の申請	
	<input type="checkbox"/> 住所の変更	<input type="checkbox"/> 家族構成の変更	<input type="checkbox"/> (父・母)の就労、勤務先等の変更
	<input type="checkbox"/> 疾病・看護に変更	<input type="checkbox"/> 疾病・看護の期間延長	<input type="checkbox"/> 求職中に変更(最長3か月以内)
	<input type="checkbox"/> 母親の出産(産前・産後2か月以内)	<input type="checkbox"/> その他()	

支給認定内容(支給認定の申請の方のみ記入してください。)

希望する利用時間	利用希望区分		利用曜日		利用時間	
	<input type="checkbox"/> 標準時間	<input type="checkbox"/> 短時間	曜日から	曜日まで	時 分から	時 分まで

②世帯の状況(同居の世帯員)

区分	ふりがな 氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業、学校名等	備考
児童の世帯員(世帯分離含む)			S・H・R 年 月 日生	男・女		
			S・H・R 年 月 日生	男・女		
			S・H・R 年 月 日生	男・女		
			S・H・R 年 月 日生	男・女		
			S・H・R 年 月 日生	男・女		
			S・H・R 年 月 日生	男・女		
			S・H・R 年 月 日生	男・女		

保育が必要な事由(該当する番号および保護者に○をつけてください)

1.(父・母)が就労しているため	家庭の状況(該当する項目がある場合は□にレ印を打ってください) <input type="checkbox"/> 延長保育を希望する(時から 時まで) <input type="checkbox"/> 生活保護を受けている <input type="checkbox"/> ひとり親家庭である <input type="checkbox"/> 家庭に心身障害者がいる (その方の氏名 / 級)
2.母が出産の前後3か月にあたるため(出産予定日 年 月 日)	
3.(父・母)が長期にわたる病気のため(年 月 日まで)	
4.(父・母)が長期わたり常時看護をしているため	
5.震災・風水害・火災などの災害の復旧にあたるため	
6.(父・母)が(求職活動・就学)をしているため	
7.その他()	

(表面)

*受付No.

自営業・農業就労申告書

職業内容	自営業	事業所所在地			畜産業	牛	頭	
		事業所名				豚	頭	
		業種・内容				鶏	羽	
	農業	田	アール	その他 ()		アール	その他	
		畑	アール	その他 ()		アール	()	
		果樹	アール	計		アール	()	
就労者氏名		平均就労時間				1か月の就労時間		
		午前	時	分	～	午前	時	分
		午後				午後		
		午前	時	分	～	午前	時	分
		午後				午後		
上記のとおり相違ないことを申告・証明します。 令和 年 月 日								
事業主 住所								
氏名 印								

診断書・証明書

住 所 _____

氏 名 _____ (生年月日 M T S H 年 月 日生)

傷病名 _____

1 加療の方法 投薬のみ・通院・往診・入院

2 傷病の程度 絶対安静・常時看護必要・乳幼児保育不可

3 加療の見込み期間 平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで・終身

4 妊婦である 令和 年 月 日 出産予定

上記のとおり 診断 証明 します。 令和 年 月 日

医師 住所

助産師 氏名 印

就学(予定)証明書

児童との続き柄 ()

就学者住所			就学者氏名				
就学時間帯	午前	時	分	～	午前	時	分
	午後				午後		
				1か月当たりの就学時間数		時間	
<input type="checkbox"/> 現在上記のとおり就学しています。 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日より令和 年 月 日まで就学する予定です。 <input type="checkbox"/> その他 ()							
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日							
事業所・学校 所在地							
事業所名・学校名							
代表者名 印							