

# 認定変更(変更・取消)申請書

(申請先)

横浜市 \_\_\_\_\_ 区長

申請日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者  
(申請者)

住所 \_\_\_\_\_

支給認定証に記載されている保護者氏名

氏名 \_\_\_\_\_

昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

日中連絡先 \_\_\_\_\_

※支給認定変更・取消申請に関して、区長が、必要な父母及び親族全員の課税内容を税務関係当局に報告を求めることがあります。

以上のことに同意の上、子ども・子育て支援法第23条第1項の規定による支給認定の変更、同第24条1項の規定による支給認定の取消について、次のとおり申請します。

施設・事業名	( <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 保留中)	( <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 保留中)	( <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 保留中)
児童名			
生年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

変更・取消 (希望) 年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
----------------	----------------------------

## 1 変更申請の内容

以下の該当する変更事項を☑し、記入してください。(証明書類等を提出していただく場合があります。)

変更事項	旧	新(変更内容)
<input type="checkbox"/> 支給認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
<input type="checkbox"/> 保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間
<input type="checkbox"/> 保護者		【認可保育所をご利用の方】 <input type="checkbox"/> 座変更 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※口座変更又は解除される場合は、口座振替申込書又は解除届を金融機関へご提出ください。
<input type="checkbox"/> 保育を必要とする事由 ( <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 育児休業
<input type="checkbox"/> 勤務先 ( <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母)	勤務先名： 勤務先住所： 電話番号：	勤務先名： 勤務先住所： 電話番号：
<input type="checkbox"/> 通勤時間(往復)	( ) 時間 ( ) 分/日	( ) 時間 ( ) 分/日
<input type="checkbox"/> 階層	現在の階層区分 { } 変更理由 { }	
<input type="checkbox"/> 認定期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 世帯構成 <input type="checkbox"/> 児童名 <input type="checkbox"/> その他 [ ]		

## 2 認定取消申請

理由：  
 \_\_\_\_\_  
 転居先住所：  
 \_\_\_\_\_  
 電話番号：  
 \_\_\_\_\_



裏面の【申請書の記入、提出上の注意】を、ご確認ください。

# 利用取消申請書

(申請先)

横浜市 \_\_\_\_\_ 区福祉保健センター長

申請日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者  
(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 昭和 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

日中連絡先 \_\_\_\_\_

次のとおり施設・事業の利用取消・内定辞退を申請します。

施設・事業名	(□利用中 □内定)	(□利用中 □内定)	(□利用中 □内定)
児童名			
生年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

理由	<input type="checkbox"/> 育児休業を取得するため <input type="checkbox"/> 自宅でみるため <input type="checkbox"/> 引っ越しのため 転居先住所： 電話番号： <input type="checkbox"/> その他 (理由： _____ )
----	--

どちらかにチェックし、記入してください。	<input type="checkbox"/> 利用中 最終利用年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	<input type="checkbox"/> 内定辞退 _____ 年 _____ 月利用開始分

### 【申請書の記入、提出上の注意】

- ★提出していただいた申請書の内容について、確認のご連絡や必要書類の提出をお願いすることがありますので、日中連絡先を必ず記入してください。
- ★申請の際は、現在お持ちの支給認定証と一緒に提出してください。ただし、利用取消申請のみの場合は必要ありません。

#### ・変更申請添付書類

変更事由	添付書類	
保育必要量の変更	雇用(予定)証明書、就労(予定)申告書等	
保育を必要とする事由の変更	: 就労	雇用(予定)証明書、又は就労(予定)申告書
	: 病気	診断書(保育が困難なことが記載されたもの)
	: 障害	障害者手帳等の写し
	: 介護(障害児・者の介護)	介護を受けている人の障害者手帳又は要介護認定を受けていることわかる書類(介護保険証等)、もしくは通園・通学証明書、タイムスケジュール
	: 介護(病人の介護)	病人の診断書、タイムスケジュール
	: 通学	在学証明書、時間割表(カリキュラム表)
	: 求職中	雇用(予定)証明書又は就労(予定)申告書(施設・事業利用開始後3か月以内に提出してください。提出ができない場合は、施設・事業の利用ができなくなります。)
	: 災害の復旧	り災証明書等の写し
: 出産	母子健康手帳の写し(表紙と分娩(出産)予定日が確認できる部分)	
: 育児休業	育児休業証明書と園長意見書	
勤務先の変更	新しい勤務先の雇用(予定)証明書、又は就労(予定)申告書	