

認定変更届・申請書

豊明市長 殿

保護者住所

氏 名

生 年 月 日

個 人 番 号

電 話

\*マイナンバーの記入がない場合でも、提出は可能です。

子ども・子育て支援法第23条又は第30条の8の規定により認定変更の申請及び子ども・子育て支援法施行規則第15条又は第28条の12の規定により届出を行います。

(※変更内容欄は、変更が生じた項目のみ記載してください。)

現 在 の 認 定 状 況	認定子どもの氏名		
	認定子どもの生年月日	年 月 日	
	認定子どもの個人番号	*マイナンバーの記入がない場合でも、提出は可能です。	
	保護者との続柄	子 ・ その他 ( )	
	利用施設・事業所名		
	認定区分	教育・保育給付認定 (認可保育所、認定こども園等の利用者) <input type="checkbox"/> 第1号 <input type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号  施設等利用給付認定 (認可外保育施設、未移行幼稚園等の利用者) <input type="checkbox"/> 新1号 <input type="checkbox"/> 新2号 <input type="checkbox"/> 新3号	
※		変 更 前	変 更 後
	保育の必要性に係る事由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠、出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠、出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無
	変更後が疾病・障がい又は介護等の場合は、こちらをご記入ください	傷病名 ( ) 疾病・障がいの場合 ・治療の見込み 年 月 日頃 ・入院の場合 年 月 日～ 年 月 日 (予定) ・通院の場合 毎日・週 日・ その他 ( )	
	保育必要量区分	<input type="checkbox"/> 標準時間認定 <input type="checkbox"/> 短時間認定	<input type="checkbox"/> 標準時間認定 <input type="checkbox"/> 短時間認定
	<input type="checkbox"/> 氏名 (保護者・認定子ども) <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 保護者との続柄 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
内 容	変更後の認定区分	教育・保育給付認定 (認可保育所、認定こども園等の利用者) <input type="checkbox"/> 第1号 <input type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号  施設等利用給付認定 (認可外保育施設、未移行幼稚園等の利用者) <input type="checkbox"/> 新1号 <input type="checkbox"/> 新2号 <input type="checkbox"/> 新3号	
	変更する理由		
	変更希望日	年 月 日 から	
	認定取消日	年 月 日	
備考			

記入例

※就労を開始し、  
保護者氏名が変わった場合

教育・保育給付認定（旧認定）

様式第3号（第5条の2関係）

令和〇年〇月〇日

認定変更届・申請書

豊明市長 殿

【提出期限】  
変更期限月の前月20日  
(20日が休日の場合は前日まで)

保護者住所 豊明市新田町子持松〇〇  
氏名 豊明 花子  
生年月日 昭和〇年〇月〇日  
個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇  
電 話 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇

子ども・子育て支援法第23条又は第30条の8の規定により認定変更の申請及び子ども・子育て支援法施行規則第15条又は第28条の12の規定により届出を行います。

(※変更内容欄は、変更が生じた項目のみ記載してください。)

現 在 の 認 定 状 況	認定子どもの氏名	豊明 一郎	
	認定子どもの生年月日	平成/令和〇〇年 〇月 〇日	
	認定子どもの個人番号	*マイナンバーの記入がない場合でも、提出は可能です。	
	保護者との続柄	子・その他( )	
	利用施設・事業所名	〇〇〇〇園	
	認定区分	教育・保育給付認定（認可保育所、認定こども園等の利用者） <input type="checkbox"/> 第1号 <input checked="" type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号 施設等利用給付認定（認可外保育施設、未移行幼稚園等の利用者） <input type="checkbox"/> 新1号 <input type="checkbox"/> 新2号 <input type="checkbox"/> 新3号	
※  変 更 内 容		変更前	変更後
	保育の必要性に係る事由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠、出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input checked="" type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠、出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無
	変更後が疾病・障がい又は介護等の場合は、こちらをご記入ください	傷病名( ) 疾病・障がいの場合 ・治療の見込み 年 月 日頃 ・入院の場合 年 月 日～ 年 月 日(予定) ・通院の場合 毎日・週 日・ その他( )	
	保育必要量区分	<input type="checkbox"/> 標準時間認定 <input checked="" type="checkbox"/> 短時間認定	<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間認定 <input type="checkbox"/> 短時間認定
	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名(保護者・認定子ども) <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 保護者との続柄 <input type="checkbox"/> その他( )	豊明 花子	新田 花子
変更後の認定区分	教育・保育給付認定（認可保育所、認定こども園等の利用者） <input type="checkbox"/> 第1号 <input checked="" type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号 施設等利用給付認定（認可外保育施設、未移行幼稚園等の利用者） <input type="checkbox"/> 新1号 <input type="checkbox"/> 新2号 <input type="checkbox"/> 新3号		
変更する理由	・保護者氏名を変更するため ・就労を開始するため		
変更希望日	令和 〇年 〇月 1日 から	変更希望月の1日を記入	
認定取消日	年 月 日		
備考			