

(表面)

様式第8号の12(第11条の9関係)

年 月 日

大分市長 殿

届出者氏名

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定変更届

次のとおり、乳児等支援給付認定に係る事項を変更する必要が生じたので、下記確認項目に同意の上、届け出ます。

フリガナ		ログインID(メールアドレス)	
申請者 (保護者)		生年月日	年 月 日
		現住所	
		電話番号	

【対象児童】

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			

【変更内容】

変更理由	<input type="checkbox"/> 世帯の増減(婚姻・離婚等) <input type="checkbox"/> 住所の変更 <input type="checkbox"/> 申請者等の変更 <input type="checkbox"/> 利用料等に係る変更 <input type="checkbox"/> その他の変更				
世帯の 増減 (婚姻・離 婚等)	世帯員増	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> その他( )			
	世帯員減	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他( )			
	フリガナ				
	異動対象者の氏名				
	申請者の氏名変更	フリガナ		フリガナ	
	氏名	新	姓名	旧	
児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他( )				
住所の 変更	前住所				
申請者等 の変更	<input type="checkbox"/> 申請者の変更 <input type="checkbox"/> 代理利用者の変更	変更前		変更後	
		児童との続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他( )			
利用料等 に係る 変更	障害者の変更	異動対象者氏名		変更内容	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳取得 <input type="checkbox"/> 療育手帳取得 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳取得
	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 廃止	異動年月日		年 月 日
その他の 変更	電話番号の変更(旧)				
	その他の変更				

(裏面)

申請児童の家庭状況	同居者（表面以外の同居者を全員記入してください）	フリガナ		児童との続柄	生年月日			
		氏名						
	別居の保護者（離別等を除く）	※配偶者が別世帯の場合のみ以下の記載をお願いします。（現住所と異なる場合は以下にその住所を記載してください。）						
		フリガナ		児童との続柄	生年月日			
氏名								
現住所	〒							
今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる			都・道府・県		市・区・町・村		
前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる			都・道府・県		市・区・町・村		
保護者の状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 離婚調停中(裁判中含む。) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別等 <input type="checkbox"/> その他							

（保護者の代理利用者・祖父母等）	総合支援システムの代理利用者		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	フリガナ			児童との続柄	生年月日	
	氏名					
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒			
	電話番号				メールアドレス	