様式第９号（第９条関係）

教育・保育給付認定変更申請書

　　年　月　日

加須市長　　　　　様

保護者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

個人番号

電　　話

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定の変更を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な対象児童名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　）　　　　　　　　年　　月　　日生 |
| 教育・保育給付認定番号 |  | 保護者との続柄 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 教育・保育給付認定の変更の理由 |  |

※支給認定証及び変更の理由となる書類（勤務（内定）証明書等）を添付してください。