

届出事項変更届

令和 年 月 日

熊本市長 様
熊本市 福祉事務所長 様

氏名 _____
保護者
住所 _____
電話番号 (_____)

下記児童の届出事項に変更がありましたので、次のとおり届出します。

施設名		決定番号	
		認定番号	
児童名		生年月日	年 月 日
変更年月日	令和 年 月 日		
変更内容 ※ 該当する項目の番号を全て○で囲んで内容を記入してください。			
1	住所・電話番号の変更	(新住所) 〒 _____ (新電話番号) _____	
2	結婚（事実婚含む）により保護者が二人になった ※保育を必要とすることを証明する書類、課税証明書の提出が必要です。	児童の新氏名 _____ 配偶者の氏名 _____ 生年月日 (年 月 日)	
3	離婚により (<input type="checkbox"/> 母子 ・ <input type="checkbox"/> 父子) 家庭になった		
4	祖父母との同居	<input type="checkbox"/> 同居となった ・ <input type="checkbox"/> 別居となった	
5	その他同居親族の変更	(具体的内容)	
6	生活保護	<input type="checkbox"/> 開始 ・ <input type="checkbox"/> 廃止 【担当者： 区保護課 氏名 】	
7	同居している方の障害者手帳等の異動 ※障害者手帳等の写しの提出が必要です。	ア. 対象者氏名 _____ イ. 生年月日 _____ ウ. 児童との続柄 _____ エ. 状況 <input type="checkbox"/> 新規取得 (新規取得日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 更新 (更新日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 廃止 (廃止日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 手帳を所持している対象者と同居になった (同居開始日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 手帳を所持している対象者と別居になった (別居開始日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 (_____) オ. 手帳等の種類 身体障害 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 療育 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 精神障害 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 障害年金の証書 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	

備考