

届出事項変更届

決定番号

令和 年 月 日

熊本市長様
熊本市福祉事務所長様

保護者氏名

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。

施設番号 (区記載欄)		認定者番号※	
施設名		生年月日	年 月 日
フガナ 児童名			
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	住所等 (市内転居)	新住所 〒 連絡先 <input type="checkbox"/> 上記電話番号 <input type="checkbox"/> 新しい連絡先 ()	
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及び個人番号 (マイナンバー) の提出が必要です。	配偶者になられた方の氏名 年 月 日生まれ	
3	離婚により (<input type="checkbox"/> 母子 ・ <input type="checkbox"/> 父子) 家庭になった	氏名変更の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 保護者名	
4	その他 (特別養子縁組の成立等)	児童名	
5	祖父母との同居	年 月より <input type="checkbox"/> 同居となった ・ <input type="checkbox"/> 別居となった	
6	その他同居親族の変更	(具体的内容)	
7	生活保護	<input type="checkbox"/> 開始 ・ <input type="checkbox"/> 廃止 【担当者: 区保護課 氏名】	
8	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 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 障害年金の計 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	
備考			

※認定者番号は、支給認定証に記載されています。