

Al alcalde de la ciudad de Inabe

施設型給付費等支給認定変更申請書

Formulario de solicitud de cambio en la certificación de pago de beneficios, de tipo de establecimiento, etc

Año Mes Día

Dirección del padre o apoderado:

Nombre del padre o apoderado:

Número de teléfono:

Por la presente solicito un cambio en la certificación de pago de beneficios de tipo de establecimiento, de la siguiente manera.

Niño de la certificación de pago	Nombres		Fecha de nacimiento			Sexo		
			Año	Mes	Día	Hombre · Mujer		
Padre o apoderado	Nombres		Relación con el niño	Fecha de nacimiento			Sexo	
				Año	Mes	Día	Hombre · Mujer	
				Año	Mes	Día	Hombre · Mujer	
Contenido actual de la certificación de pago	Número de certificación de pago	N°		Clasificación de certificación	N°			
	Cantidad necesaria de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Tiempo estándar			<input type="checkbox"/> Tiempo corto			
	Periodo de validez de la certificación	Año		Mes	Día			
Contenido de lo que desea cambiar	Periodo de validez de la certificación							
	Año		Mes	Día	~	Año	Mes	Día
	<input type="checkbox"/> Cambio de situación familiar (Padres, etc) (Contenido:)							
	<input type="checkbox"/> Domicilio (Dirección después del cambio)							
	<input type="checkbox"/> Clasificación de certificación (Clasificación después del cambio)							
	<input type="checkbox"/> Cantidad necesaria de cuidado infantil (Tiempo después del cambio) (Razón del cambio)							
<input type="checkbox"/> Otros ()								

※ Al presentar la solicitud, adjuntar el certificado de pago de beneficios del tipo de establecimiento, etc. por favor.

※市記入欄

支給認定期間: 年 月 日 ~ 年 月 日	支給認定区分: 1号 2号 3号
保育理由 : 妊娠・出産 就労 疾病・障がい 介護・看護	保育必要量 : 標準時間
その他()	短時間
契約期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日	施設名称
クラス区分 : 0歳児 1歳児 2歳児 3歳児 4歳児 5歳児	