

Dirigida ao Prefeito de Inabe

施設型給付費等支給認定変更申請書

Fomulário de Alterar ao Certificação de Pagamento de Custo benefícios do Tipo de facilidade
ano mês dia

Endereço do pai responsável:

Nome do pai responsável:

Número do telefone:

Como seguinte, solicitamos a alteração na autotização de pagamento para benefícios do tipo facilidade, etc.

Certificação de Pagamento da criança	Nome		Data de Nascimento		Sexo		
			ano	mês	dia	Menino · Menina	
Pais responsáveis	Nome		Relacionamento com a criança	Data de Nascimento		Sexo	
				ano	mês	dia	M · F
				ano	mês	dia	M · F
Conteúdos de certificação de concessão atuais	Número de autorização de pagamento	Número.		Categoria de acreditação	Número da certificação		
	Tempo necessário para assistência	☐ Tempo normal ☐ Tempo curto					
	Data de validade de aprovação da concessão		ano mês dia				
Deseja Mudança Conteúdos	Data de validade de aprovação da concessão						
	ano mês dia até ano mês dia						
	☐ Murdança da Sintuação Familiar(Protetor etc···)(Sumário:)						
	☐ Residência(Endereço após alteração)						
	☐ Classificação de Certificação(Tempo após a mudança)						
	☐ Tempo necessário para assistência(Tempo após a mudança) (Motivo de trocar)						
☐ Outros()							

※ Ao se inscrever, anexe um certificado de pagamento para benefícios do tipo instalaçã, etc.

※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	