

年 月 日

大和市長 あて

届出者氏名

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定消滅届出書

次のとおり、乳児等支援給付に係る認定の消滅について届出します。

|      |  |                 |        |
|------|--|-----------------|--------|
| フリガナ |  | ログインID(メールアドレス) |        |
| 保護者名 |  | 生年月日            | 年 月 日生 |
|      |  | 住所              |        |
|      |  | 電話番号            |        |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| フリガナ |  | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 氏名   |  |      |        |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 氏名   |  |      |        |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 氏名   |  |      |        |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 氏名   |  |      |        |

|      |                                                                  |
|------|------------------------------------------------------------------|
| 消滅理由 | <input type="checkbox"/> 引越し【異動日 年 月 日】※転出証明書の異動日と同じ日付を記載してください。 |
|      | 【転出先市町村名 都道府県 市町村 】                                              |
|      | <input type="checkbox"/> 入所・入園等                                  |
|      | <input type="checkbox"/> その他( )                                  |