

滝沢市長 様

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 市町村】 <input type="checkbox"/> 入所・入園等 <input type="checkbox"/> その他() |
|------|--|