

年 月 日

宇多津町長 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                |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 保護者氏名               |  | 電話番号 |       |
| 住 所                 |  |      |       |
| ログインID<br>(メールアドレス) |  |      |       |

|      |  |         |       |
|------|--|---------|-------|
| フリガナ |  | 保護者との続柄 |       |
| 児童氏名 |  | 生年月日    | 年 月 日 |
| フリガナ |  | 保護者との続柄 |       |
| 児童氏名 |  | 生年月日    | 年 月 日 |
| フリガナ |  | 保護者との続柄 |       |
| 児童氏名 |  | 生年月日    | 年 月 日 |
| フリガナ |  | 保護者との続柄 |       |
| 児童氏名 |  | 生年月日    | 年 月 日 |

|      |  |
|------|--|
| 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を記載<br>【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（ ）  |