

上尾市長様

**乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定消滅届出書**

次の通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。

**申請者（保護者）**

フリガナ		ログインID（メールアドレス）	
氏名		住所	
生年月日	年 月 日	電話番号	

**対象児童**

フリガナ		生年月日	年 月 日	保護者との 続柄	
氏名					
フリガナ		生年月日	年 月 日	保護者との 続柄	
氏名					
フリガナ		生年月日	年 月 日	保護者との 続柄	
氏名					

**消滅（予定）日**

年 月 日
-------

【以下、該当する事由に☑し、必要な内容を記入してください】

消滅理由	<input type="checkbox"/> <b>引越し</b>
	【異動日】 _____ 年 月 日                      ※市内転居の場合は、変更届を提出
	【異動先市区町村名】 都道府県：_____ 市区町村：_____
	<input type="checkbox"/> <b>入所・入園等</b>
	【入所日】 _____ 年 月 日
	【入所施設名】 _____
【入所施設所在地】 _____	
<input type="checkbox"/> <b>その他</b>	
( _____ )	