

様式第 5 号（第 4 条関係）

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定消滅届出書

年 月 日

赤穂市長 宛

届出者（保護者）氏名

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)	
保護者氏名		生年月日	年 月 日
		住所	
		電話番号	

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

消滅理由	☐ 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入してください。
	転出先市町村名	※都道府県名から記入してください。
	☐ 入所・入園等	
	☐ その他（ ）	