

様式第6号（第7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

（宛先） 三木町長

届出者氏名 \_\_\_\_\_

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。

保護者	氏 名		生年月日	
	(フリガナ)		年 月 日	
	住所	〒		
	電話番号		メール アドレス	

子ども	氏 名		生年月日	
	1	(フリガナ)	年 月 日	
	2	(フリガナ)	年 月 日	
	3	(フリガナ)	年 月 日	

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