

年 月 日

子育てのための施設等利用給付認定事由消滅届

(預かり保育・認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育・子育て援助活動支援事業)

木津川市長 宛て

次の理由により給付認定事由が消滅したので、届け出ます。

[消滅理由] ※該当する理由を○で囲んでください。

1. 給付認定事由に該当しなくなった。

具体的な状況 ()

2. 木津川市以外の市区町村に転出した。

3. その他 ()

給付認定保護者	住 所	木津川市					
		電話※優先的に使う連絡先に☑してください。 <input type="checkbox"/> 自宅 — — <input type="checkbox"/> 父 — — <input type="checkbox"/> 母 — —					
給付認定事由の消滅も	氏 名	㊞	児童との 続 柄	給付認定事由消滅日	年 月 日		
					ふり がな 氏 名	生年月日	年齢
		年 月 日		男 ・ 女	施設名		
					事業名		