

年 月 日

福島市長

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。

認定保護者 ※利用者登録した 内容を記入して ください。	フリガナ		生年月日	児童との続柄
	氏名		年 月 日	
	住所	〒		
	電話番号			

制度利用中 の児童 ※利用者登録した 内容を記入して ください。	1	フリガナ		生年月日	保護者との続柄
		氏名		年 月 日	
	2	フリガナ		生年月日	保護者との続柄
		氏名		年 月 日	
	3	フリガナ		生年月日	保護者との続柄
		氏名		年 月 日	

以下に、消滅理由と詳細を記載します。

消滅理由・詳細		
☐ 引越し ※転出先で利用する場合、 転出先市町村へ認定申請 が必要です。 ※市内転居で引き続き利用 するかたは、変更届出書 を使用してください。	異 動 日	年 月 日 ※転出証明書の異動日と同じ日付を記載してください。
	転出先住所	〒
	転出先での利用	☐ 有（開始予定 年 月 日） ☐ 無 ☐ 未定
☐ 入所・入園等	入所・入園日	年 月 日
	施 設 名	
☐ その他の理由	発 生 日	年 月 日 ※認定の消滅する日付を記載してください。
	内 容	

※消滅届出内容について、転出先市町村への情報共有や、入所保育施設等への在籍確認をすることがあります。