様式第○号（第○条関係）

年　　月　　日

伊那市長　様

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、乳児等支援給付にかかる認定の消滅について届出します。

フリガナ		メールアドレス	
保護者名		生年月日	年　　月　　日生
		住所	
		電話番号	

フリガナ		生年月日	年　　月　　日生
氏名			
フリガナ		生年月日	年　　月　　日生
氏名			
フリガナ		生年月日	年　　月　　日生
氏名			

消滅理由	□引っ越し【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。 【転出左記市町村名　都道府県　　市町村　　】 □入所・入園等 □その他（　　）