

年 月 日

## 子育てのための施設等利用給付認定取消届

(宛先) 西条市長

保護者住所

氏 名

生 年 月 日

連 絡 先

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

年 月 日

( ) - \_\_\_\_\_

### 【申請にあたって同意していただく事項】

1. 記入内容及び認定内容について、必要に応じて関係施設に情報を提供すること。
2. 子育てのための施設等利用給付認定取消届の提出後は、取消年月日以降は給付対象者でなくなること。

以上のことに同意し、次のとおり申請します。

児 童	フリガナ	生 年 月 日	利 用 施 設 名
	氏 名		
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
取消年月日	年 月 日		
取消理由	<input type="checkbox"/> 西条市外へ転出するため <input type="checkbox"/> 施設を退園するため <input type="checkbox"/> 保育の必要性がなくなるため <input type="checkbox"/> その他 ( )		