令和　　年　月　日

笛吹市長　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、乳児等支援給付に係る認定の消滅について届出します。

フリガナ		ログインID（メールアドレス）	
保護者名		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生
		住所	
		電話番号	

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

消滅理由	□　引越し【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。 【転出先市町村名　　都道府県　　市町村　　】 □　入所・入園等 □　その他（　　）