

年　月　日

上尾市長様

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定消滅届出書

次の通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。

申請者（保護者）

フリガナ		ログインID（メールアドレス）	
氏名		住所	
生年月日	年　月　日	電話番号	

対象児童

フリガナ		生年月日	年　月　日	保護者との 続柄	
氏名					
フリガナ		生年月日	年　月　日	保護者との 続柄	
氏名					
フリガナ		生年月日	年　月　日	保護者との 続柄	
氏名					

消滅（予定）日

年　月　日

【以下、該当する事由に図し、必要な内容を記入してください】

消滅理由	<input type="checkbox"/> 引越し			
	【異動日】	年　月　日	※市内転居の場合は、変更届を提出	
	【異動先市区町村名】都道府県：_____ 市区町村：_____			
	<input type="checkbox"/> 入所・入園等			
	【入所日】	年　月　日		
	【入所施設名】			
【入所施設所在地】				
<input type="checkbox"/> その他	()			