

令和 年 月 日

施設等利用給付認定取消届

行橋市長 殿

保 護 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
	電 話	

次の理由により、施設等利用給付認定を取消しますので、届出します。

児 童 名		生年月日	H・R 年 月 日
			H・R 年 月 日
			H・R 年 月 日
利用施設名			
取消年月日	令和 年 月 日 (最終認定日を記入してください。)		
取 消 理 由	1. 市外転出のため		
	2. 退園するため		
	3. 保育を必要とする事由の消滅		
	4. その他(理由を記入)		

* 転出後も、幼児教育・保育の無償化を受けるためには、転出先の市町村で施設等利用給付認定を受ける必要があります。

* 月の途中に退所される場合は、施設等利用費の支給が日割り計算になる場合があります。

(以下の欄には記入しないでください。)

備 考	
・データ入力処理 済	

受付印