

特定乳児等支援給付認定変更（消滅）届

年 月 日

平戸市長 様

届出者氏名

次のとおり、乳児等支援給付に係る変更（消滅）について申請します。

※変更後の内容で記入してください。

フリガナ		ログインID (メールアドレス)	
保護者名		生年月日	
		住所	〒
		電話番号	

フリガナ		生年月日	
児童名			
フリガナ		生年月日	
児童名			
フリガナ		生年月日	
児童名			
フリガナ		生年月日	
児童名			

以下に、変更箇所と内容を記載します。

変更箇所	<input type="checkbox"/> 氏 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> その他
------	---

変更内容	<input type="checkbox"/> 変更前の氏 ()
	<input type="checkbox"/> 変更前の住所 ()
	<input type="checkbox"/> 変更前の電話番号 ()
	<input type="checkbox"/> その他変更事項 ()

変更理由	<input type="checkbox"/> 婚姻等 <input type="checkbox"/> 引越し <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

※乳児等支援給付認定が消滅する場合に記載します。

消滅理由	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 入所・入園等
	<input type="checkbox"/> その他 ()