様式第５号（第13条関係）

年　　月　　日

神戸市長宛

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ます。

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

※乳児等支援給付認定の対象外となるこどもの氏名等を記入してください。

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
氏名			
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
氏名			
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
氏名			
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
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。 【異動先自治体名　都道府県＿＿＿＿＿＿市区町村＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿】 □ 保育所等への入所・入園　【入園（予定）日　　年　　月　　日】 □ その他（　　） 【認定消滅日　　年　　月　　日】