様式第4号（第7条関係）

育児支援手当受給事由消滅届

美咲町長　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提　出　年　月　日 | | ※　受付確認年月日 |
| 令和　　　年　　月　　日 | | 年　　月　　日 |
| 受  給  者 | (ふりがな)  （保護者）  氏　　　名 | |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  | | |
| 住　　　所 | | 美咲町　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　(　　　) | | | | |
| 消　滅　し　た  受　給　理　由  該当するも  のを囲んで  ください。 | | | 支給要件児童について、次の事実が生じた。   1. 入園した。 2. 転出した。   　（ウ）年齢が到達した。  　（エ）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 対象児童の氏名 | | | |  | | | |
| 消滅事由の発生した年月日 | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 備　考 | |  | | | | | |

※印の欄は、記入しないでください。

字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。

記名押印に代えて、署名することができます。