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。