

令和 年 月 日

盛岡市長 様

届出者氏名

### 乳児等支援給付認定消滅届出書

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します。

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

利用乳幼児			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名			

消滅理由	<input type="checkbox"/> 引越し【異動日 令和 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。 【転出先市町村名 都道府県: 市町村: <input type="checkbox"/> 入所・入園等【施設名: 入所日: <input type="checkbox"/> その他【
------	--