

様式第4号(第11条関係)

長久手市認可外保育施設通所助成金受給資格消滅届

年 月 日

長久手市長 殿

受給資格者氏名

下記のとおり受給資格が消滅しましたので届け出ます。

記

認定番号	第 号		
住 所			
受給資格者 氏名			
児童氏名		児童氏名	
資格消滅 年月日	年 月 日		
資格消滅 の理由	ア 児童が他の市町村に転出した。 イ 児童が、死亡した。 ウ 児童が私立保育所を退所した。 エ その他()		
備考			

