

施設等利用給付認定取消申請書

年 月 日

(あて先) 茅ヶ崎市長

保護者住所 _____

保護者氏名 _____

電話番号 _____

次のとおり、認定の取消を申請します。

認定児童	フリガナ	生年月日 年 月 日
	氏名	主たる利用施設名
	フリガナ	生年月日 年 月 日
	氏名	主たる利用施設名
	フリガナ	生年月日 年 月 日
	氏名	主たる利用施設名
認定終了日	年 月 日	
取消理由	☐ 市外転出のため 転出先住所： _____	
	☐ 退職のため（父・母・その他）	
	☐ その他 _____ _____	

収受印