

様式第3号(第9条関係)

紀美野町在宅育児手当支給事由消滅届

年 月 日

紀美野町長 様

受給資格者 住所 紀美野町

氏名

電話番号

紀美野町在宅育児手当交付要綱第9条の規定により、次のとおり届け出ます。

受給事由 児童氏名	氏名		生年月日	年 月 日
受給認定 期 間	年 月 から			
資格消滅の 理由 (選択して ください)	① 紀美野町から転出したため ② 支給事由児童をこども園等へ入園させるため (年 月 日から利用開始) ③ その他 (事由を記載してください) []			