

茨木市長 様

届出者氏名

茨木市乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定変更及び認定消滅届出書

次のとおり、乳児等支援給付認定の **変更** について届出します。  
**消滅**

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	

フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名		保護者との続柄	
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名		保護者との続柄	
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名		保護者との続柄	

以下のいずれかの届出を記載してください。

変更の届出（以下に、変更箇所と内容を記載します。）

変更箇所	<input type="checkbox"/> 氏	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 電話番号	<input type="checkbox"/> 障害者・療育手帳等	<input type="checkbox"/> その他
------	----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------	------------------------------

		変更前	変更後
変更内容	フリガナ		
	氏名		
	住所		
	電話番号		
	障害者・療育手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 ( ) 級	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 ( ) 級
	その他		

消滅の届出（以下に、消滅理由を記載します。）

消滅の理由	<input type="checkbox"/> 引っ越し <b>【異動日】</b> 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。 <b>【転出先市町村名】</b> (都道府県) (市町村)
	<input type="checkbox"/> 入所・入園 等 <b>【入所・入園施設名】</b>
	<input type="checkbox"/> その他 <b>【内容】</b>