

様式第〇号

第 年 月 号
年 月 日

様

千葉市長

妊婦給付認定取消通知書

次のとおり、妊婦給付認定を取り消しましたので通知します。

記

- | | | |
|---|---------|----------|
| 1 | 取り消しの日 | 令和〇年〇月〇日 |
| 2 | 取り消しの理由 | 〇〇のため |