

様式第 5 号

多子世帯利用者負担軽減給付認定取消届

(あて先) 千葉市長

		年 月 日	
保 護 者	住所	〒 千葉市 区	
	氏名		連絡先電話番号 — —
		※自署でない場合は、記名押印してください。	
連絡先メールアドレス		@	

千葉市幼稚園等の預かり保育及び認可外保育施設等における多子世帯の利用者負担軽減給付金事業実施要綱第 8 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり提出します。

認定に係る児童	フリガナ	年 月 日 生
	氏名	
	フリガナ	年 月 日 生
	氏名	
	フリガナ	年 月 日 生
	氏名	
	フリガナ	年 月 日 生
	氏名	

取消理由	☐家庭内保育 ☐育児休業 ☐転居 ☐その他 ()
取消年月日 ※給付認定を受ける最終日を 記入してください。	年 月 日

※本届をご提出いただいた場合、多子世帯利用者負担軽減給付認定取消通知書は送付されませんので、ご注意ください。