様式第4号（第10条関係）

年　　月　　日

八頭町長　　　　様

　　　　　届出者（受給者）　〒　　－

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

八頭町乳児家庭保育支援給付金受給事由消滅届

年　　月　　日付けで支給決定通知のあった八頭町乳児家庭保育支援給付金について受給事由が消滅したので、八頭町乳児家庭保育支援給付金支給事業実施要綱第10条第2項の規定により届出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支給対象乳児 | ふりがな氏名 |  |
| 住所 | 八頭町　　　　　　　　　　　　　　（□届出者に同じ） |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 支給認定期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日まで |
| 給付金支給消滅事由 | 以下から選択して番号に○をしてください。　１ 転出（　　　　年　　月　　日）　２ 支給対象乳児が保育所、幼稚園等に入所するため　　（入所日　　　　年　　月　　日）　３監護しなくなった　４その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |