様式第６号（第９条関係）

乳児家庭保育支援手当受給資格消滅届

　　年　　月　　日

　　伯耆町長　　　　　　様

申請者 住所

氏　名　　　　　　　　 　　　印

（記名押印に代えて署名することができます。）

電　話　（　　　　）　　―

　伯耆町乳児家庭保育支援手当支給事業実施要綱第９条第１号の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 給 者 | | 住 所 |  | | |
| 氏 名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 支給事由  児童氏名 | | 氏 名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 支給認定  期　　間 | | 年　　月　から　　　　　　年　　月　まで | | | |
| 資格消滅  の  理　　由  （選択してください） | ①　保護者でなくなったため  ②　保護者又は乳児が、伯耆町の住民でなくなったため | | | | |