

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 () ー

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			