

子育て日常生活支援事業申請事項変更・資格消滅届

令和 年 月 日

(宛先) 厚 木 市 長

受給者 住 所 厚木市

フリガナ
氏 名フリガナ
対象児 氏 名

生年月日 令和 年 月 日

子育て日常生活支援事業について、次のとおり申請事項の変更又は資格の消滅を届け出ます。また、本届出に伴い、私の世帯の住所等に係る事項について、公簿等により確認し、配送のため、委託業者に提供することに同意いたします。

				変更年月日
申請事項変更	住所	変更前	厚木市	令和 年 月 日
		変更後	厚木市	
	氏名	変更前		令和 年 月 日
		変更後		
	受給者 (連絡先)	変更前		令和 年 月 日
		変更後	TEL — — 【父・母・()】 ※日中連絡が取れる電話番号	
資格消滅	消滅理由			消滅年月日
	1 転出 2 死亡 3 その他 ()			令和 年 月 日
備 考				収受印
管理番号：				
受給者から委託業者への連絡 (済・未)				
				※市処理欄