

記入日 令和 年 月 日

柏市長 あて

申請者氏名

こども誰でも通園制度(乳児等通園支援事業)に係る消滅申請書

次のとおり消滅申請します。

保護者代表者			
フリガナ		ログインID(メールアドレス)	
氏名		住所	
生年月日	年 月 日生	電話番号	

対象児童			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名			

以下の該当する事由に☑し、必要な内容を記入してください。	
消滅事由	<input type="checkbox"/> 市外に転出となった ※市内転居の場合は変更申請書を提出してください。 【住民票の異動日 年 月 日】 【転出先自治体名：都道府県_____市区町村_____】 <input type="checkbox"/> 保育所等への施設の入園が決まった 【入園許可日 年 月 日】 【入園する施設名： _____】 <input type="checkbox"/> こども誰でも通園制度を利用しなくなった

※満3歳を迎えた(3歳の誕生日の前日)場合や、現在利用している施設を終了して他の施設(誰でも通園制度)を利用する予定の場合は提出不要です。