

施設等利用給付認定に係る(申請取下げ・認定取消し)に関する届出書

年 月 日

(宛先) 大東市福祉事務所長

住 所 _____

保護者氏名 _____ 印

児 童 名 _____

生 年 月 日 _____ 年 月 日

児 童 名 _____

生 年 月 日 _____ 年 月 日

上記の児童について、下記のとおり届け出します。

記

1. 施設等利用給付認定の申請を取り下げます。
2. 施設等利用給付認定の取消しを申し出ます。

(理 由)
