

年 月 日

甲府市 長殿

申請者氏名

甲府市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）に係る消滅申請書

次の通り消滅申請します。

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

フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名			

消滅理由	☐ 引越し 【異動日 年 月 日】※転出証明書の異動日と同じ日付を記載してください。
	【異動先自治体名 都道府県_____市区町村_____】
	☐ 入所・入園等
	☐ その他（ _____ ）