

# 保育施設等退所届 兼 支給認定取下届

(あて先) 年 月 日  
福岡市 福祉事務所長

住 所

氏 名

(自署の場合は、押印は不要です。)

連絡先

1. 下記児童について、退所届を提出します。なお、支給認定の取り下げは行いません。

2. 下記児童について、退所届を提出します。なお、平成 年 月 日付で、支給認定の決定を受けている、当該支給認定を取り下げます。

※転出などの理由で支給認定の有効期間内に保育施設等を利用しない場合のみ、2にチェックしてください。

※いずれかのにチェックを入れてください。

フ 児 童 氏 名	生年月日
	年齢
	年 月 日生
	歳
	年 月 日生
	歳
	年 月 日生
	歳
退園年月日	年 月 日
【退園理由】	

(あて先) 年 月 日 福岡市 福祉事務所長 上記内容のとおり、届出を受けましたので報告します。
所在地 施設名 代表者名
㊟