

利用取消申請書

受理印

次のとおり、施設・事業の利用取消・内定辞退を申請します。

申請先	横浜市	福祉保健センター長	申請日	年	月	日
-----	-----	-----------	-----	---	---	---

申請に係る児童

フリガナ			
児童氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
利用施設・事業	(<input type="checkbox"/> 利用中 ・ <input type="checkbox"/> 内定)	(<input type="checkbox"/> 利用中 ・ <input type="checkbox"/> 内定)	(<input type="checkbox"/> 利用中 ・ <input type="checkbox"/> 内定)

申請者 (給付認定保護者)

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名 (署名又は記名押印)	印 ※認定(変更)決定通知書に記載されている保護者名を記入してください。		
住所	横浜市 区	連絡先	

どちらかに☑をつけ、記入してください。

<input type="checkbox"/> 利用中	最終利用年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 内定辞退	年 月	利用開始分

理由	<input type="checkbox"/> 育児休業を取得するため <input type="checkbox"/> 自宅で見るため <input type="checkbox"/> その他の施設を利用するため(幼稚園等) <input type="checkbox"/> 引っ越しのため <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;">※横浜市外に転居する方のみチェックしてください。 転居後も横浜市内の保育所等の利用を継続しますか? → <input type="checkbox"/>はい・<input type="checkbox"/>いいえ</div> <input type="checkbox"/> その他 ()
----	--