

様式第8号（第9条関係）

玉城町家庭保育応援給付金事由消滅届

年 月 日

玉城町長あて

申請者(保護者) 住所 玉城町  
氏名  
電話  
児童との関係 ( )

玉城町家庭保育応援給付金支給要綱第9条の規定に基づき、次のとおり届出します。

記

申請者	住所			
	氏名			
支給事由が 消滅する児童	氏名		生年月日	
	氏名		生年月日	
	氏名		生年月日	
支給要件を 満たさなくなった理由	1 玉城町から転出したため 2 児童を保育園等へ入所させるため 3 その他（理由記載） ( )			
支給要件を満たさなくなる年月日			年 月 日	