

保育施設等辞退届 兼 教育・保育給付認定取下届

(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、年 月 日付での利用決定について辞退届を提出します。なお、教育・保育給付認定の取り下げは行いません。
2. 下記児童について、年 月 日付での利用決定について辞退届を提出します。なお、年 月 日付で、教育・保育給付認定の決定を受けている、当該教育・保育給付認定を取り下げます。

※転出などの理由で教育・保育給付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。

※いずれかの口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		
利用決定施設名			
【辞退理由】			