

第4号様式（第8条関係）

阿賀野市出産育児助成金交付取消届

阿賀野市長 様

提出年月日： 年 月 日

申請者	住 所	〒 阿賀野市		
	氏 名		乳 児 と の 続 柄	
	電話番号			
産婦 (母)	住 所	〒 阿賀野市 ※申請者と産婦（母）が同一の場合と、既に出産費用（40,000 円）の助成を受けている方は住所氏名の記入は不要です		
	氏 名			
乳児の氏名				
乳児生年月日		年 月 日		
取り消す助成金		紙おむつ助成金 ・ 出産助成金		
取消事由 (該当するものに○)		1．他市町村（特別区を含む）に転出した 2．産婦が出産日の翌月から起算して4か月目の月末までに 他市町村（特別区を含む）へ転出した 3．その他（ ）		
取消事由の発生した 年 月 日		年 月 日		
備 考				