

退所届・認定取消届

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

住 所 ふじみ野市

保護者 氏 名

(署名又は記名押印)

電話番号 ()

1 児童名

2 生年月日 年 月 日生(歳児)

3 施設名 (組)

4 退所年月日 年 月 日

5 退所後の住所

6 退所理由

| 受 付 日 | 入 所 解 除 年 月 日 | 年 月 日 |
|-------|---------------|-----------|
| | 負担額納入状況 | 完納(月分まで) |
| | | 未納() |
| | 口振(有 処理・無) | |
| | 解 除 通 知 | 処 理 |
| | 台帳 | 運 営 費 |

(注) 二重線内は記入しないでください。