

児童自立生活援助事業利用終了届出書

大阪市()こども相談センター所長 様

申込者住所
氏名
代理人住所
代理人氏名

(元号) 年 月 日付で決定された児童自立生活援助事業の利用について、次のとおり利用終了しますので届け出ます。

| | |
|---------------------------|--------------------|
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 生年月日 | (元号) 年 月 日 |
| 児童自立生活援助事業所名 | |
| 児童自立生活援助事業所の類型 ※いずれかに○ | I 型 ・ II 型 ・ III 型 |
| 利用終了する理由 | |
| 利用終了する年月日 | (元号) 年 月 日 |

この利用終了届出書は、次の点に注意して記入の上、提出してください。

- ・「利用終了する理由」の欄には、その具体的な状況を記入してください。
- ・「利用終了する年月日」の欄には、実際に利用終了する予定の日を記入してください。