

児童自立生活援助事業利用終了承諾通知書

大阪市()区保健福祉センター所長様

大阪市()こども相談センター所長

児童自立生活援助事業の利用終了について、次のとおり承諾しましたので通知します。

記

ケース番号

フリガナ
氏名

生年月日 (元号) 年 月 日 性別

利用終了する年月日 (元号) 年 月 日

児童自立生活援助事業所名

退居理由

児童自立生活援助事業所住所

児童自立生活援助事業所の類型 I 型 ・ II 型 ・ III 型
※いずれかに○

備考 56条徴収金の取り扱い ()区
出身施設名 ()