様式第６号（第７条関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

届出者　住　所

氏　名

電話番号

対象児童との続柄（　　）

高松市病児・病後児保育利用料受給資格変更・喪失届

病児・病後児保育利用料支給に係る｛□申請事項を変更／□受給資格を喪失｝したので、届けます。

また、申請内容の確認のため、児童手当受給状況及び住民基本台帳法に基づく住民基本台帳等により確認されることに同意します。

対象児童	氏　　名		受給者番号
	生年月日	年　　月　　日	
変更した事項			
変更の内容	変更前		
	変更後		
受給資格喪失の理由		１　市外に転出したため ２　その他（具体的理由：　　）	
変更・喪失年月日			