様式第４号

保育の必要性の認定取消通知書

年　　月　　日

様

堺市　保健福祉総合センター所長　印

先に申請のありました堺市認可外保育施設等多子世帯利用者負担助成事業実施要綱第３項第１号イに規定する子ども・子育て支援法第１９条第２号及び第３号と同等の保育の必要性について、同項第２号ウの規定に基づき、次のとおり認定を取り消したので通知します。

<table>
<tr><td rowspan="3">保護者</td><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">子ども</td><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">保育の必要性の事由</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">有　効　期　限</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">取　消　理　由</td><td></td></tr>
</table>