

令和6年度 羽曳野市重点支援給付金(こども加算)辞退届

羽曳野市長 様



私は、「令和6年度羽曳野市重点支援給付金(こども加算)」の受給について辞退することを、ここに届け出ます。

令和 年 月 日

届出者住所
届出者氏名 (世帯主名)
届出者連絡先 ()

【代理届出を行う場合】

代理人	フリガナ 代理人氏名	届出者との 関係	代理人生年月日	代理人住所
			明治・大正・昭和・平成・西暦	
	年 月 日		日中に連絡可能な電話番号 ()	
上記の者を代理人と認め、 重点支援給付金(こども加算)の受給辞退の届出を委任します。			世帯主 氏名(注)	署名(又は記名押印) 印

(注) 辞退対象となる世帯の世帯主氏名を記入してください。