

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

受付印

私は、「令和5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) <div style="text-align: right;">印</div>

(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。