

短期入所生活援助（ショートステイ）事業辞退届

年 月 日

福 山 市 長 様  
(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)

住 所 \_\_\_\_\_

名 前 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

子育て家庭育児支援事業実施要綱に基づく利用を次のとおり辞退します。

児 童 名	
生 年 月 日	年 月 日生 (男・女)
利用(見込)の期間	
利用を辞退する理由	