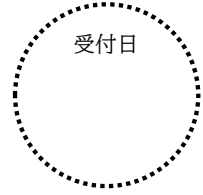


児童手当・特例給付 受給事由消滅届

みよし市長 様

提出年月日
令和 年 月 日



受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	_____	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	住所 (法人の主たる 事業所の所在地)	〒 _____ 電話 () _____			
消滅した 受給理由 (該当するものを○で 囲んでください)		1. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった 2. 受給者が他の市町村(特別区を含む)に転出した 3. 受給者が児童と別居することとなった(単身赴任の場合を除く) 4. 未成年後見人でなくなった 5. 父母指定者でなくなった(児童の生計を維持する父母等の帰国) 6. 児童について、次の事実が生じた ① 死亡した ② 監護しなくなった ③ 生計を同じくしなくなった ④ 生計を維持しなくなった ⑤ 日本国内に住所を有しなくなった(留学を理由とするものを除く) ⑥ 里親等へ委託又は児童福祉施設等の入所若しくは入院 ⑦ その他 () _____ 7. その他 () _____			
6 の 場 合 に お け る 児 童 の 氏 名					
消滅事由の発生した年月日			令和 年 月 日		
備考					

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ ※印の欄は、記入しないでください。
- ◎ 字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。

※子育て 支援課 記入欄	消滅年月		被用区分	被用・非被用	未支払手当	受付
	受給者番号		手当区分	児童手当・特例給付	あり・なし	
	審査	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下()	入力		計	円
			決定			