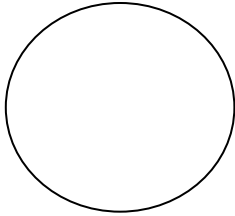


受 付 印



児童手当 受給事由消滅届
特例給付

草 加 市 長 あ て

		提出年月日	※受付確認年月日
		令和 〇・6・1	令和 ・ ・
受給者	(フリガナ) 氏 名	ソウカ タロウ 草 加 太 郎	生 年 月 日 昭和 ・ ・ 平成
	住 所	草 加 市 高 砂 1 - 1 - 1 電話 048 (922) 0151	
消滅した 受給事由	ア. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった イ. 受給者が他の市町村（特別区を含む。）に転出した ウ. 子どもについて、次の事実が生じた （ア） 死亡した （イ） 監護しなくなった （ウ） 生計を同じくしなくなった （エ） 生計を維持しなくなった （オ） 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） （カ） 里親等への委託または児童福祉施設等への入所 （キ） その他 （ ） <input checked="" type="radio"/> エ. その他 （ 公務員採用 ）		
	[該当するものを○で囲んでください]		
ウの場合における子どもの氏名			
消滅事由の発生した年月日		令和 〇・5・25	
備 考	公務員採用の場合は、 辞令書の採用日を記入 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。
◎ 記名押印に代えて、署名することができます。