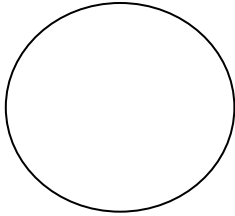


受 付 印



児童手当 受給事由消滅届

草 加 市 長 あ て

		提出年月日		※受付確認年月日	
		令和 〇 ・ 〇 ・ 〇		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	
	住 所	草 加 市 高砂1-1-1		昭和 平成	
		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 （ ☒ エ その他 （ 現況による生計維持者の変更 ）			
		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 7 ・ 7 ・ 31	
備 考					

※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。