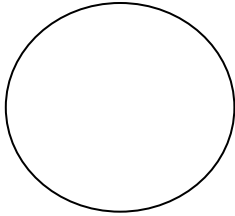


受 付 印



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 ( ) エ. その他 ( )		
	[ 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	消滅事由の発生した年月日は、転出予定日を記載してください。		

※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。