

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 ○ ・ ○ ・ ○ | 令和 ・ ・ |
| 受給者 | (ふりがな) | そうか たろう | |
| | 氏 名 (法人名等) | 草加 太郎 | 生 年 月 日 |
| 受給者 | 住 所 (法人の主たる 事務所の所在地) | 〒 340 - 8550 草 加 市 高砂○丁目○番○号 草加マンション101 電話 070 (0000) 0000 | |
| | 消滅した 受給事由 | 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 児童自立生活援助を受け、里親等への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院した ⑦ その他 （ ） 7. その他 （ ） | |
| 該当するものを○で囲んでください | | | |
| 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 ○ ・ ○ ・ ○ | |
| 備考 | 転出予定日をご記入ください。 転出予定日がない場合は転出日をご記入ください。 | | |

- ◎ 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。