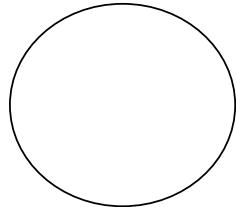


受付印



転出

児童手当 受給事由消滅届

		提出年月日	※受付確認年月日
草加市長あて		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 昭和 ○・○・○ 平成
	住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒 340-8550 草加市 高砂〇丁目〇番〇号 草加マンション101 電話 070 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
消滅した受給事由 〔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 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 ()		
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。