

受付年月日

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

記載された事項は保健福祉総合システムの「コンピュータ」に記録されます。

| | | | | | | | |
|-----|------|------------------|------|-------------------|---|---|----|
| 受給者 | フリガナ | アキシマ タロウ | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日生 |
| | 氏名 | 昭島 太郎 | 電話番号 | 080 - XXXX - XXXX | | | |
| | 住所 | 昭島市 昭島市田中町1-17-1 | | | | | |

消滅した
受給事由

該当するものを
でかこん
でください。

- 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
 (転出先住所 東京都福生市本町
 電話番号 080 - XXXX - XXXX)
- ウ 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)
- エ 未成年後見人でなくなった
- オ 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)
- カ 児童について、次の事実が生じた
 - (ア) 死亡した
 - (イ) 監護しなくなった
 - (ウ) 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)
 - (エ) 児童福祉施設への入所又は、里親への委託
 - (オ) 生計を同じくしなくなった
 - (カ) 生計を維持しなくなった
 - (キ) その他(
- キ その他(

消滅日(転出予定日、児童の施設入所日、監護(養育)しなくなった日など)を記入してください。

カの場合における児童の氏名

消滅事由の発生した年月日

平成 年 月 日

上記のとおり、受給事由消滅の届出をします。

平成 年 月 日

(あて先) 昭島市長

氏名 昭島 太郎 昭島 印

備考 電算 / 通知 /

太枠内を楷書(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。