

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

※市処理欄	※受付確認年月日
システム入力 年 月 日	
担当者確認 年 月 日	

(宛先) 糸魚川市長

提出年月日	令和 ○・○・○
受給者	(フリガナ) イトイガワ タロウ 氏名 糸魚川 太郎 生年月日 昭和 ○年○月○日 平成
	住所 〒 941-8501 糸魚川市 一の宮1丁目2番5号 電話 025-552-1511
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 (出国先) 2. 受給者が他の市町村 (特別区を含む) に転出した (市町村名 ○○市) 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 対象となった児童の氏名:) 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 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所 ⑦ その他 () 7. その他 ()
	消滅事由の発生した年月日 ※○○市への 転出予定年月日を記入 令和 ○年○月○日
※備考	□ 口座確認 □ 現況届 □ 世帯全員転出 □ 転出案内 ※消滅 消滅年月日 年 月 日 年 月分まで支給

※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。