

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

大垣市長様

認定番号	
------	--

提出年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

受給者	フリガナ			
	氏名		⑨	男・女
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	住所	〒 大垣市 () -		

	氏名	続柄	生年月日
消滅事由が カ～シ の場合 該当する児童			平成 . .
			平成 . .
			平成 . .
			平成 . .

消滅した受給事由 (ア～シのいずれかを ○で囲んでください。)	<p>受給者について</p> <p>ア. 他の市町村に転出した (転出先の市区町村:)</p> <p>イ. 日本国内に住所を有しなくなった</p> <p>ウ. 児童と別居することとなった (単身赴任を除く)</p> <p>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 カ. 公務員になった</p> <p>児童について</p> <p>カ. 死亡した キ. 監護しなくなった</p> <p>ク. 生計を同じくしなくなった</p> <p>ケ. 生計を維持しなくなった (婚姻等により生計の中心者が変更になった。)</p> <p>コ. 日本国内に住所を有しなくなった (留学を除く)</p> <p>サ. 里親への委託又は児童福祉施設等への入所</p> <p>シ. その他 ()</p>
事由の発生した年月日	平成 . .

※以下には記入しないでください

備考	消滅年月	入力
	平成 年 月まで支給	

受付印
