

児 童 手 当 受 給 事 由 消 滅 届

大垣市長様

認定番号

提出年月日

令和

年

月

日

受 給 者	フリガナ 氏 名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	住 所	〒 大垣市 () -		

消滅事由が キ～ス の 場合 該当する児童	氏 名	続柄	生年月日
			・ ・
			・ ・
			・ ・
			・ ・

消滅した受給事由 (ア～スのいずれかを ○で囲んでください。)	受給者について ア. 他の市町村に転出した(転出先の市区町村：) イ. 日本国内に住所を有しなくなった ウ. 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 カ. 公務員になった 児童について キ. 死亡した ク. 監護しなくなった ケ. 生計を同じくしなくなった コ. 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。) サ. 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) シ. 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 ス. その他()
	事由の発生した年月日

※以下には記入しないでください

備 考	消滅年月	入力
	令和 年 月まで支給	

受 付 印