

# 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	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

受給者	フリガナ				
	氏名	Ⓜ 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 キ～ス の場合 該当する児童			. .
			. .
			. .
			. .

<p style="text-align: center;">消滅した受給事由</p> <p style="text-align: center;">(ア～スのいずれかを ○で囲んでください。)</p>	<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>キ. 死亡した ク. 監護しなくなった</p> <p>ケ. 生計を同じくしなくなった</p> <p>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。)</p> <p>サ. 日本国内に住所を有しなくなった (留学を除く)</p> <p>シ. 里親への委託又は児童福祉施設等への入所</p> <p>ス. その他 ( )</p>
事由の発生した年月日	令和 . .

※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

<p>受付印</p>
------------