

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

日進市長 あて

提出年月日	※受付確認年月日
令和 . .	令和 . .

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	生年月日	明治 大正 昭和 平成 . .
	住所 (法人の主たる 事業所の所在地)	〒 日進市 電話 () ※連絡が取れる番号をご記入ください	

消滅した 受給理由 (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 2. 受給者が他の市町村(特別区を含む)に転出した 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 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 里親等へ委託又は児童福祉施設等の入所若しくは入院 ⑦ その他 () 7. その他 ()
	6の場合における児童の氏名

消滅事由の発生した年月日	令和 . .
--------------	--------

備考	
----	--

◎ ※印の欄は、記入しないでください。
 ◎ 字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。