

記入例

提出日を記入してください。

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

平群町長 殿

提出年月日	※受付確認年月日
令和 年 月 日	令和 年 月 日

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	へぐり たろう 平群 太郎	生年月日	明治 大正 昭和 平成 ○・○・○
	住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒636-0932 平群町吉新1丁目1番1号		

該当する項目に○を付けてください。

消滅した受給事由

該当するものを○で囲んでください

- 受給者が日本国内に住所を有しなくなった
- 受給者が他の市町村(特別区を含む)に転出した
- 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)
- 未成年後見人でなくなった
- 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)
- 児童について、次の事実が生じた
 - 死亡した
 - 監護しなくなった
 - 生計を同じくしなくなった
 - 生計を維持しなくなった
 - 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)
 - 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所
 - その他 ()
- その他 ()

消滅事由の発生日を記入してください。転出の場合は“転出予定日”を記入してください。

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 年 月 日

備考

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ ※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。
- ◎ 記名押印に代えて、署名することができます。