

認定者	副課長	主幹	担当

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

志木市長 様

提出年月日	※受付確認年月日
令和 年 月 日	令和 . . .

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名)			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	住所 (所在地)	〒 - 電話 () 携帯 ()				
消滅した受給事由		<p>1. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった(転出先 _____)</p> <p>2. 受給者が他の市町村(特別区を含む。)に転出した (転出先 _____ 県 _____ 市 _____ 町)</p> <p>3. 受給者が子どもと別居することとなった(単身赴任の場合を除く。)</p> <p>4. 未成年後見人でなくなった</p> <p>5. 父母指定者でなくなった(子どもの生計を維持する父母等の帰国)</p> <p>6. 子どもについて、次の事実が生じた</p> <p>① 死亡した</p> <p>② 監護しなくなった</p> <p>③ 生計を同じくしなくなった</p> <p>④ 生計を維持しなくなった</p> <p>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)</p> <p>⑥ 児童福祉施設等への入所又は里親等への委託</p> <p>⑦ その他 ()</p> <p>7. その他 ()</p>				
該当するものを○で囲んでください						
6 の 場 合 に お け る 子 ど も 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。