

※受付確認年月日

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

提出年月日

令和 . .

(被・非———)

(宛先)岡崎市長

受給者	(フリガナ) 氏名 (法人名等)	-----	生年月日	昭和 . . 平成 . .
	住所	岡崎市 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 (出国先国名)</p> <p>2 受給者が他の市町村(特別区を含む)に転出した (市区町村名)</p> <p>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)</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(児童の生計を維持する父母等の帰国)</p> <p>6 児童について、次の事実が生じた</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <p>対象となった児童の氏名:</p> <p>ア. 死亡した</p> <p>イ. 監護しなくなった</p> <p>ウ. 生計を同じくしなくなった</p> <p>エ. 生計を維持しなくなった</p> <p>オ. 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>カ. 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</p> <p>キ. その他()</p> </div> <p>7 その他(受給者変更・公務員採用 .)</p>			
事由の発生した年月日		令和 . .		
備考			※ 消滅	<input type="checkbox"/> 口座確認 <input type="checkbox"/> 現況届 <input type="checkbox"/> 世帯全員転出 <input type="checkbox"/> 退職の有無
				<table border="1"> <tr> <td>消滅年月日</td> <td>消滅年月</td> </tr> <tr> <td></td> <td>令和 .</td> </tr> </table>
消滅年月日	消滅年月			
	令和 .			

※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。