

児童手当 受給事由消滅届

芦屋市長 宛

		提出年月日		受付確認年月日	
		令和 . .		令和 . .	
受給者	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	氏 名				
	住 所	〒659 - 芦屋市	電話番号		
消滅した受給理由 該当するものを○で囲んでください。		ア 受給者が日本国内に住所を有しなくなった イ 受給者が他の市町村(特別区を含む)に転出した ウ 受給者が児童と別居することになった(単身赴任の場合を除く) 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(児童の生計を維持する父母等の帰国) カ 受給要件児童について、次の事実が生じた (ア) 死亡した (イ) 監護・生計関係が終了した (ウ) 生計を維持しなくなった (エ) 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) (オ) 児童自立生活援助を受け、里親等への委託又は児童福祉施設等に入所若しくは入院した (カ) その他 () キ その他()			
カ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 . .			
通知送付先 (希望送付先を選択してください)		☐ 上記住所 ☐ 転出先住所 ☐ その他(国外に転出される場合は必ず記載してください) 〒			

◎ 太枠内を記入してください。

備考						入力日 . .	
						決裁日 . .	
						認定番号	