

児童手当・特例給付 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。)	<p>ア 受給者が日本国内に住所を有しなくなった</p> <p>イ 受給者が他の市町村(特別区を含む)に転出した</p> <p>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)</p> <p>エ 未成年後見人でなくなった</p> <p>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)</p> <p>カ 受給要件児童について、次の事実が生じた</p> <p>(ア) 死亡した</p> <p>(イ) 監護・生計関係が終了した</p> <p>(ウ) 生計を維持しなくなった</p> <p>(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)</p> <p>(オ) 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>(カ) その他 ()</p> <p>キ その他()</p>				
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)	<input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> 転出先住所 <input type="checkbox"/> 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	. .
	認定日	. .
	認定番号	