

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	受付年月日
令和 3・5・7	令和 . .

受給者	フリガナ	アシア イチロウ	昭和	2年3月4日
	氏名	芦屋 一郎	生年月日	平成
	住所	〒659 - 8501 芦屋市 精道町7-6	TEL	090 - **** - ****

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） 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） 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) 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 (カ) その他（ ） キ その他（ ）	提出年月日、受給者の氏名、住所、生年月日、電話番号を記入してください。
		消滅理由を選択してください。 ※「カ」を選択した場合は、児童氏名を下欄に記載してください。

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	平成 令和 3 . 5 . 3
--------------	-----------------------

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 checked="" 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） 〒 ..... .....	約1か月後を目安に、消滅通知書を送付します。 希望の送付先を選択してください。
---------------------------	--	--

備考	
	現況 <input type="checkbox"/> 入力 <input type="checkbox"/> 点検 <input type="checkbox"/> 認定番号

◎ 太枠内を記入してください。

入力日 . .  
 認定日 . .  
 決裁日 . .  
 発送