

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

（提出先） 川越市長

受給者	フリガナ			提出年月日	受付確認印
	氏名			令和 年 月 日	
	住所	川越市		電話番号	
			性別	生年月日	
			男 ・ 女	昭和 ・ 平成	
消滅対象児童	氏名	生年月日		住所（別居の場合）	
		平成 令和 ・ ・			
		平成 令和 ・ ・			
		平成 令和 ・ ・			
消滅事由の発生した年月日				令和 ・ ・	
消滅事由	受給者			児童	
	<input type="checkbox"/> 日本国内に住所を有しなくなった <input type="checkbox"/> 他の市区町村に転出した <input type="checkbox"/> 児童と別居することとなった <input type="checkbox"/> 公務員になった <input type="checkbox"/> 未成年後見人でなくなった <input type="checkbox"/> 父母指定者でなくなった <input type="checkbox"/> その他（ ）			<input type="checkbox"/> 死亡した <input type="checkbox"/> 監護・生計同一でなくなった <input type="checkbox"/> 監護・生計維持しなくなった <input type="checkbox"/> 日本国内に住所を有しなくなった <input type="checkbox"/> 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
転出先住所					
備考					

◎ 太枠の中を記入してください。

届出 職権	消滅年月	他方申請		整理番号
	令和 年 月	有 <input type="checkbox"/> 氏名		
		申請年月日		
	令和 年 月 日			