

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	カワゴエ タロウ		提出年月日	受付確認印
	氏名	川越 太郎		令和 2年 5月 10日	
				電話番号 049-224-8811	
住所	川越市			性別	生年月日
	元町 1-3-1			男 女	昭和 平成 55・1・1
消滅対象児童	氏名	生年月日	住所 (別居の場合)		
	川越 春男	平成 令和 20・5・1			
	川越 夏子	平成 令和 25・8・2			
		平成 令和 . .			
消滅事由の発生した年月日				令和 2・5・20	
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 checked="" 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		〇〇県△△市□□町 1-2-3			
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			