

(表面)

認定番号

確認	入力	受付

投函日(提出日)を記入してください。

児童手当・特例給付 受給事由消滅届  
(宛先) 所沢市長

提出年月日	※受付確認年月日
令和 3・4・1	令和 ・ ・

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	ところざわ たろう <b>所沢 太郎</b>	生年月日	明治 大正 昭和 平成 <b>2・4・13</b>
	住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒359-0000 所沢市 <b>並木1-1-1 グリーンハイツ所沢101</b> 電話 <b>04 (2900) 1234</b>		

消滅した受給事由  (該当するものを○で囲んでください)	1. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった
	2. 受給者が他の市町村（特別区を含む）に転出した
	3. 受給者が児童と別居することとなった（単身赴任の場合を除く）
	4. 未成年後見人でなくなった
	5. 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）
	6. 児童について、次の事実が生じた
	① 死亡した
	② 監護しなくなった
	③ 生計を同じくしなくなった
	④ 生計を維持しなくなった
	⑤ 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）
	⑥ 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
	⑦ その他 ( )
	<b>⑦</b> その他 ( <b>公務員になった</b> )

6の⑦又は7を○で囲んだ場合は、( )内にその理由を具体的に記入してください。

6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 <b>3</b> ・ <b>4</b> ・ <b>1</b>
--------------	-----------------------------------

備考	同日申請 有 ・ 無 ( )
	消滅事由が発生した年月日を記入してください。

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ ※印の欄は、記入しないでください。
- ◎ 字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。