

認定番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

桑名市長 あて

提出年月日	※受付確認年月日
令和 . .	令和 . .

受給者	(フリガナ) 氏名	_____		生年月日	昭和 . . 平成 . .
	住所 <small>(マンション・アパート名 号 室)</small>	桑名市			
	電話番号	TEL①	TEL②		
記入者	氏名	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ 受給者との続柄 ( )			
消滅した受給事由	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 (国名 ) イ. 受給者が転出した (転出先 市区町村 ) ウ. 受給者が公務員になった (勤務先 ) *辞令書の写しの添付が必要です。 エ. 受給者が死亡した オ. 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 日本国内に住所を有しなくなった (留学を除く) 4 里親等への委託・児童福祉施設等への入所・特定医療機関への入院 (施設名 ) *措置決定通知書の写しの添付が必要です 5 その他 ( ) カ. 受給者が変更になった ( 婚姻 ・ 生計中心変更 ) キ. その他 ( )			
		オ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	年	月	日
転出先市区町村	同上・ ( )	変更後の受給者氏名 (受給者変更の場合)			
転出確定日	令和 年 月 日	転出先等 市区町村確認	有・要 ( ) ・不要		
最終支給月	令和 年 月 まで支給				
備考					受付印

太枠内をご記入ください。字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。  
 オ. 5又はキを○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。