

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 令和 . . ※受付確認年月日 令和 . .

受給者	氏名 (フリガナ)			生年月日	昭和 . . 平成 . .
	住所	桑名市			
	電話番号	① - -	② - -		
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		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			
同意欄	受給中の手当が桑名市版子ども応援手当（市独自手当）である場合、この届出書を 同手当に係る届出書として読み替えることに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません (☑がない場合、同意するものとみなします。)				
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	転出先等市町村確認	有・不要・要 ()		
最終支給月	令和 年 月 まで支給			児手・特例 応援手当	
備考					受付印

太枠内をご記入ください。
 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。