

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

認定番号	
------	--

(届出先) 新 座 市 長

年	月	日提出
---	---	-----

受給者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所	新座市				
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					
	出国先 _____		出国予定日		年	月 日
該当するものを○で囲んでください	イ. 受給者が他の市町村（特別区を含む。）に転出した					
	転出先住所 _____		転出後連絡の取れる電話番号 ()		転出予定日 年 月 日	
ウ. 児童について、次の事実が発生した						
(ア) . 15歳に達した日の属する年度が終了した						
(イ) . 死亡した						
(ウ) . 監護しなくなった						
(エ) . 生計を同じくしなくなった						
(オ) . 生計を維持しなくなった						
(カ) . その他 ()						
エ. 家計について、次の事実が発生した						
(ア) . 配偶者の所得が高くなり、家計の主宰者が配偶者になった						
(イ) . 婚姻し、家計の主宰者が配偶者になった						
オ. その他 ()						
ウの場合における児童の氏名						
消滅事由の発生した年月日			年	月	日	

※二重枠の中のみ記入してください。字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。

※以下の欄は記入しないでください。

備考	入力者	受付者