

(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 所沢 太郎	生年月日	明治 大正 昭和 平成 2・4・13
	住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒359-0000 所沢市 並木1-1-1 グリーンハイツ所沢101 電話 04 (2900) 1234		

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 ()
	7. その他 ()

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	所沢 未来	所沢 優

消滅事由の発生した年月日	令和 3 ・ 3 ・ 31
--------------	------------------------------------

備考	同日申請 有・無 ()
	子どもと別居した日など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。