

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

※太線枠内のみをご記入ください。

		認定番号	提出年月日	受付確認年月日
(宛先) 山形市長		記入不要	令和 2年 8月 15日	記入不要
受給者	ふりがな	やまがた たろう		
	氏名	山形 太郎	生年月日	昭和 55年 3月 3日 平成
	住所	山形市 旅籠町二丁目3番25号 電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
消滅した受給事由	<input checked="" type="radio"/> ア 受給者が日本国内に住所を有しなくなった <input checked="" type="radio"/> イ 受給者が他の市町村（特別区を含む）に転出した <input type="radio"/> ウ 受給者が死亡した <input type="radio"/> エ 受給者が公務員になった			
転出先が国外の場合は「ア」を選んでください。 国内の場合は「イ」を選んでください。		実が生じた		
		(a) 死亡した (b) 監護しなくなった (c) 生計を同じくしなくなった (d) 生計を維持しなくなった (e) 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） (f) 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 (g) その他 () カ 生計中心者の変更		
上記オの場合における児童の氏名				
消滅事由の発生した日		令和 2年 8月 20日		
備考	<input type="checkbox"/> 住民票の転出届に記入した異動日（転出予定日）を記入してください。 ()日			