

児童手当 受給事由消滅届

		年 月 日 提出
フリガナ		生年 月日
氏名		昭・平 年 月 日
住所	〒 ー 京都市 区 TEL ()	
以下の理由により、児童手当を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。		
受給資格がなくなった年月日 令和 年 月 日		
受給資格がなくなった理由（□に✓をしてください。）		
<input type="checkbox"/> 日本国内に住所を有しなくなったため 国外転出先 _____ 連絡先 _____		
<input type="checkbox"/> 他の市町村に転出したため 転出先 _____ 連絡先 _____		
<input type="checkbox"/> 離婚し、児童と同居しなくなったため		
<input type="checkbox"/> 児童が児童自立生活援助を受け、里親等への委託または児童福祉施設等への入所若しくは入院したため		
<input type="checkbox"/> 公務員になったため		
<input type="checkbox"/> 児童を監護(養育)しなくなったため		
<input type="checkbox"/> 児童と生計同一でなくなったため		
<input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>		

※下の欄は記入しないでください。

認定番号	住民基本台帳等 確認	年 月 日 (印)
摘要		