児童手当・特例給付　受給事由消滅届

苓北町長　様

台帳番号	提出年月日	※受付確認年月日
	平成　・　・	平成　・　・

受給者	（ふりがな） 氏名 （法人名等）	印	生年月日	明治 大正 昭和 平成　・　・
	住所 （法人の主たる事務所の所在地）	〒　　－ 電話　　（　　）		

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になった（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の場合における児童の氏名	
消滅事由の発生した年月日	平成　・　・
備考	

◎　※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。
◎　記入押印に代えて、署名することができます。