

児童手当・ 特例給付 受給事由消滅届

		提出年月日	※受付確認年月日
栃木県那須塩原市長 様		令和 . . .	令和 . . .
受給者	氏名 (法人名等)	ナス タロウ 那須 太郎	生年月日 平成〇年〇月〇日
	住所 (法人の主たる事務所の所在地)	那須塩原市〇〇町〇丁目〇番地〇 電話 〇〇〇- 〇〇〇〇- 〇〇〇〇	
消滅した受給事由 (該当するものを〇で囲んでください)	<ol style="list-style-type: none"> 受給者が日本国内に住所を有しなくなった <input checked="" type="radio"/> 受給者が他の市町村（特別区を含む）に転出した 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） 未成年後見人でなくなった 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） 児童について、次の事実が生じた <ol style="list-style-type: none"> 死亡した 監護しなくなった 生計を同じくしなくなった 生計を維持しなくなった 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） 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 その他（ ） 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		令和 〇 . 〇 . 〇	
備考			

◎ ※印の欄は、記入しないでください。

◎ 字は、楷書（かいしょ）ではっきりと書いてください。