

<h1 style="border: 2px solid black; padding: 5px;">記入例</h1>		※受付確認印	
		受給者(児童手当を受給している人)の氏名、生年月日、住所、電話番号を記入し、押印してください。	
大野 城市長 様		提出する日付を記入してください。 令和 6・9・15	
受給者	(ふりがな) 氏名	おおの たろう 大野 太郎	生年月日 昭和 2・2・2 平成
	住所	〒816-8510 大野城市曙町2丁目2番1号 電話 090 (0000) 0000	
消滅した受給事由	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 ⑦ その他 () ⑦ その他 (公務員になった)		
該当するものを○で囲んでください		公務員になった日 (共済組合に加入し、長期給付適用になった日)をご記入ください。	
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 6・4・1	
備考	【添付書類】 辞令書など、公務員なった(共済組合に加入し、長期給付適用になった)ことが分かるものの写し		
◎ 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。 ◎ 記名押印に代えて、署名することができます。			