

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

大野城市長 殿

提出年月日	※受付確認年月日
令和 5・12・15	令和 . .

受給者	(ふりがな) 氏名	おおのじょう たろう 大野城 太郎	生年月日	昭和 平成 2・2・2
	住所	〒816-8510 大野城市曙町2丁目2番1号 電話 090 (0000) XXXX		

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若しくは入院
 - ⑦ その他（ ）
7. その他（ ）

該当する消滅理由に○を付けてください。
 ・「監護」とは、児童を養育していること。
 ・「生計を同じくする」とは、実施で生計の一体性があること。
 ・「生計を維持する」とは、実子でなくても児童の生活費の大半を消費するなど、生計の一体性があること。

対象となる児童の氏名を
全員分ご記入ください。

6 の 場 合 に お け る 児 童 の 氏 名	大野城まどか
消滅事由の発生した年月日	令和 5 . 12 . 1
備考	消滅事由の発生した月まで手当が支給されます。この場合は、令和5年12月分まで上記受給者に手当が支給されます。

- ◎ 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。