

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

阿南市長 殿

提出年月日	※受付確認年月日
令和 . .	

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	生年月日	昭和 平成 . .
	現住所	〒 - 電話 ( )	
	異動先住所	〒 -	

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 ( )
----------------------------------	--

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 . .
--------------	--------

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。

本人確認 <input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ( )	本人確認実施者	
--	---	---------	--