

## 児童手当・特例給付受給事由消滅届

柏市長あて

受給者番号		提出年月日	受付確認年月日
宛名番号			

※太ワクの中をご記入ください

令和 . .

受給者 (養育者)	フリガナ		生年月日	. .
	氏名			
	住所	柏市 TEL		

消滅した  
受給事由

該当する  
ものに○  
を付けて  
ください。

1. 受給者が他の市町村に転出した
2. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった
3. 受給者が子ども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  
(子どもの生計を維持する父母等の帰国)
6. 生計中心の変更
7. 子どもについて、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 児童福祉施設等への入所及び里親等への委託
  - ⑦ その他( )
8. その他( )

7の場合における子どもの氏名

消滅事由の発生した年月日

年 月 日

1または  
2の場合  
記入して  
ください変更後  
の住所

〒

電話 ( )

※支払希望金融機関の変更がある場合は下記に記入してしてください。

支払希望 金融機関名	銀行コード		店番号	
	銀行	支店	口座 番号	(普)
	口座名義 (カタカナ)	※受給者と同一名義の口座以外にはお振込みできません。		