

【郵送用】

児童手当・特例給付受給事由消滅届

No. _____

柏市長あて

記入例

受給者番号		受付確認年月日
宛名番号		提出年月日
※太ワクの中をご記入ください		令和 2 ・ 12 ・ 15

受給者 (養育者)	フリガナ	カシワ タロウ	生年月日	S 63 ・ 11 ・ 29
	氏名	柏 太郎		
	住所	柏市 柏5丁目10-1 TEL 04-71167-1111		

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	令和	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。			