

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

下野市長 様

提出年月日	※受付確認年月日
平成 . .	平成 . .

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	〒 -	生年月日	明治 大正 昭和 平成
	住所 (法人の主たる事 務所の所在地)	電話 ()		

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
 - 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 平成 . .

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。
 ◎ 記名押印に代えて、署名することができます。