赤文字の欄を記入してください

提出日を記入してください

様式第10号（第7条関係）

（表面）

児童手当・特例給付　受給事由消滅届

長　浜　市　長　　殿

提出年月日	※受付確認年月日
令和　・　・	令和　・　・

受給者	（ふりがな） 氏名 （法人名等）	ながはま　いっせい 長浜　壱誓	生年月日	昭和・平成・令和　8・2・11
	住所 （法人の主たる事務所の所在地）	〒　－ 長浜市八幡東町 632 番地　電話　090（　4567　）8910		

1～7で該当するものを〇で囲んでください

消滅した受給事由（該当するものを〇で囲んでください）

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.児童について、次の事実が生じたに該当する場合は、該当児童の氏名を記入してください

7.その他　に該当する場合は（　）内も記入してください

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　5・4・3

備考

転出先の住所
〒　　—
電話　　（　　）

※転出先の住所は分かる範囲で記入してください。

◎ 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。

（日本産業規格A列4番）