

赤文字の欄を記入してください

(表面)

提出日を記入してください

児童手当 受給事由消滅届

長浜市長 様

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 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○で囲んでください

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 児童自立生活援助を受け、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した
	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 6 ・ 4 ・ 3

備考	※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。