

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

(あて先) 寝屋川市長

受付者		受付印
入力済		
非	被	

認定番号

提出年月日	令和 年 月 日	日中連絡先	()	—
		夜間連絡先	()	—
フリガナ		生年月日	昭・平	年 月 日
受給者氏名	※公務員の方は職場での手続きが必要です。			
住所	寝屋川市			

※該当のものに☑を入れ、消滅内容を記入して下さい。

消滅理由等	<input type="checkbox"/> 受給者・児童ともに他の市町村に転出 (出国を含む)			
	転出先住所			
	転出予定日	令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 受給者のみ他の市町村に転出 (出国を含む)			
	転出先住所			
	転出予定日	令和 年 月 日		
	今後の手当の受給について	<input type="checkbox"/> 転出先で別居監護で申請予定・転出先で申請予定 <input type="checkbox"/> () で同時申請・後日申請予定 () 市 <input type="checkbox"/> 児童の養育者又は生計の中心者が公務員のため職場で申請予定		
	<input type="checkbox"/> 受給者変更			
	変更理由	<input type="checkbox"/> 児童を監護 (養育) しなくなったため <input type="checkbox"/> 離婚協議中のため児童と別居になったため <input type="checkbox"/> 生計の中心者の変更		
	消滅年月日	令和 年 月 日		
	今後の手当の受給について	<input type="checkbox"/> () で同時申請・後日申請予定 () 市 <input type="checkbox"/> 児童の養育者又は生計の中心者が公務員のため職場で申請予定		
	<input type="checkbox"/> 児童の施設入所		<input type="checkbox"/> 里親に委託	
	入所年月日 (委託年月日)	令和 年 月 日		
	今後の手当の受給について	<input type="checkbox"/> 施設 () で受給 <input type="checkbox"/> 里親 (氏名: 住所: 市 区) で受給		
	<input type="checkbox"/> 児童が死亡した		<input type="checkbox"/> 受給者が死亡した	
	死亡年月日	令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 公務員になった (勤務先から支給)		<input type="checkbox"/> その他 ()	
	消滅年月日	令和 年 月 日		

<備考>