

児童手当 受給事由消滅届

佐賀市長 様

提出年月日	受付確認年月日
R 6 . 4 . 1	. .

※太枠の内側だけ記入して下さい。

受給者	フリガナ		生年月日	昭 . 平
	氏名			
	住所		電話	()

消滅事由	※該当する項目の番号を○で囲んでください。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 佐賀市に住所を有しなくなった 2. 公務員 3. 受給者 4. 未成年 5. 父母指定者 6. その他 () 7. 子どもについて、次の事由が発生した <ol style="list-style-type: none"> ① 死亡した ② 日本国内 ③ 監護・生計 ④ 児童福祉施設等に入所した又は指定医療機関に入院した ⑤ 里親に委託された ⑥ 児童自立生活援助を受けることになった ⑦ その他 ()
		<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>受給者（今現在児童手当が振り込まれている振込口座の名義人）の氏名・住所・生年月日・電話番号を記入してください。</p> </div> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>当てはまるものに丸をつけてください</p> </div> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>7に丸をつけた場合、さらに当てはまるものに丸をつけ、児童の名前を記入してください</p> </div>

7に該当する子ども全員の氏名	
消滅事由の発生した年月日	令和 . .

(備考)	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> <p>上記事由が発生した年月日を記入してください。</p> </div>
------	---

【主な事由例】

国外転出 : 1. 佐賀市に住所を有しなくなった

公務員等になった : 2. 公務員になった

婚姻縁組・所得の逆転 : 3. 受給者変更

児童と監護・生計関係がなくなった(離婚等) : 7-③ 監護・生計関係がなくなった

児童が施設に入所した : 7-④児童福祉施設等に入所した又は指定医療機関に入院した

	円	調整額	円
	受付	入力	確認