

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
.

※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			
消滅事由	住所			電話	()	
	※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. 公務員となった 3. 受給者変更 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 6. その他 () 7. 子どもについて、次の事由が生じた <ol style="list-style-type: none"> ① 死亡した ② 日本国内に住所を有しなくなった ③ 監護・生計関係がなくなった 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 () 			
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)						
受給者番号					(最終支払月)	
区 分		被 ・ 非			. . 月支払	
(支給対象となる子どもの数)		(手当月額)			. . 月分	
第1子 第2子 第3子					~ . 月分	
消滅前				支払額 円		
	人	人	人	調整額 円		
				受付	入力	確認