

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	ツガナ		生 年 月 日	昭・平 . .
	氏名		電 話	()
	住所			
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		
消 滅 前	(支給対象となる子どもの数)		(手当月額)	
	第1子	第2子	第3子	
	人	人	人	円
		円	円	円
		調整額	円	円
		受付	入力	確認

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 7 . 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		電話	(.)
	住所			
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 		
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 受給者（申請書の請求者）の氏名・住所・生年月日・電話番号を記入してください。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 丸をつけてください。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 上記事由が発生した年月日（採用日）を記入してください。 </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)	(備考欄)		
受給者	職場の名称を記入してください。		有 ・ 無	
消滅前	第1子	第2子	第3子	(最終支払月)
	人	人	人 月期 ~ 月期
	円		支払額	円
	円		調整額	円
	受付	入力	確認	