

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. 公務員になった 3. 受給者変更 4. 未成年になった 5. 父母指定者になった 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 日本国内に転居した 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 () 		
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <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: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>当てはまるものに丸をつけてください</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 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	令和		
	消滅事由の発生した年月日			
	(備考)	<p>上記事由が発生した年月日を記入してください。</p>		

【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
 - 児童が施設等に入所した : 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
 - 7-⑤里親に委託された
 - 7-⑥児童自立生活援助を受けることになった
- ※7-④、7-⑤、7-⑥については、児童相談所から発行される措置決定通知書のコピーを添付してください。