

## 児童手当・特例給付 受給事由消滅届

佐賀市長 様

※太枠の内側だけ記入して下さい。

提出年月日

受付確認年月日

受給者	フリガナ		生 年 月 日	昭・平  .
	氏名		電 話	( )
消滅事由	住所			
	※該当する項目の番号を○で囲んでください。	<p>1. 佐賀市に住所を有しなくなった</p> <p>2. 公務員となった</p> <p>3. 受給者変更</p> <p>4. 未成年後見人でなくなった</p> <p>5. 父母指定者でなくなった</p> <p>6. その他 ( )</p> <p>7. 子どもについて、次の事由が生じた</p> <p style="margin-left: 20px;">① 死亡した</p> <p style="margin-left: 20px;">② 日本国内に住所を有しなくなった</p> <p style="margin-left: 20px;">③ 監護・生計関係がなくなった</p> <p style="margin-left: 20px;">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</p> <p style="margin-left: 20px;">⑤ 里親に委託された</p> <p style="margin-left: 20px;">⑥ その他 ( )</p>		
		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	特例給付	有 ． 無
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	円
	人	人	人	円
		支払額		円
		調整額		円
			受付	確認
			入力	確認