

# 児童手当 受給理由消滅届 特例給付

提出年月日	※受付確認年月日
令和 . .	令和 . .

福島県石川郡浅川町長 様

受給者	氏名 <small>(法人名等)</small>	〒 -	生年月日
	住所 <small>(法人の主たる事務所の所在地)</small>		電話 ( )
消滅した受給事由	1. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった 2. 受給者が他の市町村（特別区を含む）に転出した 3. 受給者が児童と別居することとなった（単身赴任の場合を除く） 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（児童の生計を維持する父母等の帰国） 6. 児童について、次の事実が生じた ① 死亡した ② 監護しなくなった ③ 生計を同じくしなくなった ④ 生計を維持しなくなった ⑤ 日本国内に住所を有しなくなった（留学を理由とするものを除く） ⑥ 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院 ⑦ その他 ( ) 7. その他 ( )		
	該当するものを○で囲んでください		
6の場合における児童の氏名			
消滅事由の発生した年月日		令和 . .	
備考			

- ◎ ※印の欄は、記入しないでください。
- ◎ 字は、楷書（かいしよ）ではっきり書いてください。
- ◎ 記名押印に代えて、署名することができます。