

(表面)

		こ医療	児扶手	保育所	連絡票	受付番号	住民コード
児童手当 受給事由消滅届		提出年月日			※受付確認年月日		
石垣市長 殿		令和			令和 . .		
受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	いしがき たろう 石垣 太郎			生年月日	昭和 平成	
	住所 (法人の主たる 事務所の所在地)	〒 907 - 8501 石垣市字真栄里672番地			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 児童自立生活援助を受け、里親等への委託又は児童福祉 た ⑦ その他（ 7. その他（ 該当するものを○で囲んでください 1～7のいずれか該当するものに○を記入してください。 6.について ・離婚等により児童を養育しなくなった場合 ＝ ②・③に○を記入してください ・実子でない児童(孫等)を養育しなくなった場合 ＝ ④に○を記入してください 7.その他 例①「婚姻により受給者変更」 例②「公務員になった」 例③「現況による受給者変更」						
	6 の 場 合 に お け る 児 童 の 氏 名						
消滅事由の発生した年 日		令和 . .					
備考	該当するすべての児童の氏名をフルネームで記入してください。						
	・転出の場合は住所異動届の異動日（転出予定日） ・離婚等の場合は離婚日または別居日を記入してください（児童を養育しなくなった日）						
◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ◎ ※印の欄は、記入しないでください。 ◎ 字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。		令和 年 月分まで			支払日		