※(受付印)

児童手当・特例給付　受給事由消滅届

(あて先) 枚方市長

提出年月日	※認定番号
~~令和~~ ~~平成~~　　・　　・	

(提出用)

受給者	(ふりがな) 氏名		生年月日	昭和 平成　　・　　・
	住所	〒　　－ 電話　　(　　) 携帯　　(　　)		

消滅した受給事由 (該当するものを○で囲んでください)	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　（　　） (注) 1．6の⑥は、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が2月以内の期間を定めて行われたものである等一定の要件に該当する場合は該当せず、この届を提出する必要はありません。 2．上記、6の⑦または7を○で囲んだ場合は、(　) 内にその理由を具体的に記入してください。
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 (転出の場合は転出予定日を記入してください)	~~令和~~ ~~平成~~　　・　　・
転出先	〒　　－
備考	

チェック欄	
確認	入力

◎　※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。
◎　記名押印に代えて、署名することができます。