

児童手当・特例給付 受給事由消滅届		提出年月日	※受付確認年月日		
大洲市長 殿		令和 4・8・1	令和 . .		
受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	ひじかわ たろう 脇川 太朗	生年月日 明治 大正 昭和 平成 1・6・6		
	住所 (法人の主たる事 務所の所在地)	〒795-8601 大洲市大洲690番地の1 電話 0893 (24) 5718			
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（ ）			日中連絡のつく番号	
	該当する ものを○ で囲んで ください	転出の場合は、転出予定日を記入。			
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 4・8・7			
備 考	来庁者名		本人確認		
			<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
◎ 受給者本人の場合は不要					

◎ 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。