

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

(あて先) 長岡京市長		提出年月日	受付確認年月日	認定番号	整理番号
		令和 年 月 日			
受給者	(フリガナ) 氏名	生年月日		昭和・平成 年 月 日	
	住所	連絡先		電話番号 携帯番号 (父・母)	
消滅事由 (該当するものを○で囲んでください。)	1. 受給者の転出 (<input type="checkbox"/> 国内 ・ <input type="checkbox"/> 国外)				
	転出後の住所				
	転出後の連絡先 電話番号(父・母)				
	国外転出の場合の国内の連絡先				
	2. 公務員になった 就職年月日 令和 年 月 日				
	勤務先 ()				
3. 未成年後見人でなくなった					
4. 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)					
5. 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(留学を除く)					
⑥ 里親等への委託					
⑦ 児童福祉施設等への入所 もしくは入院					
6. その他 ()					
(フリガナ) 消滅事由が5. 6の場合の 児童の氏名					
消滅事由の発生した年月日 (消滅事由が転出の場合、転出予定日)		令和 年 月 日			
消滅後の受給者					
未払い分児童手当の振込口座		ア. 現在登録している口座 (下記口座情報の記入不要) イ. 公金受取口座を利用する (下記口座情報の記入不要) ウ. 口座を変更する (下記口座情報をご記入ください。受給者名義の口座に限ります。)			
振込先	金融機関名	金融機関コード	支店名	支店コード	口座番号
	銀行 信用金庫 農協		支店 本店 出張所		
A 被用者 B 非被用者 C 特例給付		児童の年齢	未支払月	精算支給額 円	消滅月 月

※黒ボールペンで太枠内をご記入ください。字は楷書ではっきり書いてください。