

No. _____

児童手当 受給事由消滅届

柏市長あて

受給者番号		提出年月日 R . .	受付確認年月日
宛名番号			

※太ワクの中をご記入ください

受給者 (養育者)	フリガナ		生年月日	S・H . .
	氏名			
	住所	柏市 Tel		
消滅した 受給事由 (該当する ものに○ を付けて 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に転出した 3. 受給者が子ども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(子どもの生計を維持する父母等の帰国) 6. 子どもについて、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施設等への入所若しくは入院した ⑦ その他() 7. その他()		
6の場合における子どもの氏名				
消滅事由の発生した年月日		R 年 月 日		
1または 2の場合 記入して ください	変更後 の住所	〒 電話 ()		
	※支払希望金融機関の変更がある場合は下記に記入してください。			
	支払希望 金融機関名	金融機関コード	店番号	
		銀行 金庫 信組 農協 漁協 支店	口座 番号	(普)
	口座名義 (カタカナ)	※受給者と同一名義の口座にのみお振込み可能です。		