児童手当受給事由消滅届

（宛先） 金沢市長

提出年月日	令和　　年　　月　　日	※受付確認年月日	令和　　年　　月　　日

受給者	（フリガナ） 氏 名		生年月日	昭 ・　・ 平
	住 所	〒□□□－□□□□ 金沢市　　電話（　　－　　－		

消滅した 受給事由 （該当する文字を○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 （出国先 ：　　） 2　受給者が他の市区町村に転出した （転出先 ：　　） 3　受給者が公務員になった （勤務先 ：　　） 4　児童について、次の事実が生じた （ア） 死亡した （イ） 監護しなくなった （ウ） 生計を同じくしなくなった （エ） 生計を維持しなくなった （オ） その他（　　） 5　生計中心者が変更となった 6　その他 （　　）
対象となる児童の氏名	
4または5の場合の事由内容	（ 記載例:離婚のため、施設入所のため、婚姻・養子縁組したため、現況切替　等 ）
消滅事由が発生した(する)年月日	令和　　年　　月　　日

※

処理年月日	受給事由消滅年月	認定番号	備　　考
令和　・　・	令和　　年　　月		

◎※印の欄は、記入しないでください。
◎字は、楷書ではっきり書いてください。