

児童手当・特例給付 受給事由消滅届



(届出先) 横浜市長

年 月 日

請求者 (受給者)

住 所 _____ 区 _____

フリガナ

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

連 絡 先 _____ () _____ ※日中連絡のつく連絡先

次のとおり届け出ます

消滅事由の発生した日 又は 転出予定日	年 月 日
---------------------------	-------

消滅事由	<input type="checkbox"/> 受給者が横浜市外・国外に転出 転出予定住所 _____ 連 絡 先 _____ () _____ ※ 異動日の日付を遡った転出の手続きをされた場合は、住民票を異動した日で横浜市での児童手当 (又は特例給付) の受給資格が消滅します。異動日の翌月分以降に受給済みの手当等がある場合は、当該手当等の返還が必要になります。								
	<input type="checkbox"/> 受給者が公務員になった (勤務先名: _____ 代表番号: _____ () _____) (所属部署: _____ 採用年月日: _____ 年 月 日)								
	<input type="checkbox"/> 父母指定者でなくなった (児童の生計を維持する父母等が帰国した) <input type="checkbox"/> 未成年後見人でなくなった <input type="checkbox"/> 支給対象となる児童について、次の事案が生じた								
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 監護しなくなった</td> <td><input type="checkbox"/> 日本国内に住所を有しなくなった</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 生計を同じくしなくなった</td> <td><input type="checkbox"/> 里親等への委託又は児童福祉施設への入所</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 生計を維持しなくなった</td> <td><input type="checkbox"/> 死亡した</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 (_____)</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 監護しなくなった	<input type="checkbox"/> 日本国内に住所を有しなくなった	<input type="checkbox"/> 生計を同じくしなくなった	<input type="checkbox"/> 里親等への委託又は児童福祉施設への入所	<input type="checkbox"/> 生計を維持しなくなった	<input type="checkbox"/> 死亡した	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	
<input type="checkbox"/> 監護しなくなった	<input type="checkbox"/> 日本国内に住所を有しなくなった								
<input type="checkbox"/> 生計を同じくしなくなった	<input type="checkbox"/> 里親等への委託又は児童福祉施設への入所								
<input type="checkbox"/> 生計を維持しなくなった	<input type="checkbox"/> 死亡した								
<input type="checkbox"/> その他 (_____)									

※横浜市使用欄 (ここから下には記入しないでください)

福祉コード

連絡事項	(その他提出書類)	消 滅 日	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 変更届 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 配偶者等からの新規認定請求書 (※養子縁組、離婚等による受給者の変更を希望)				

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

(届出先) 横浜市長

令和3年5月6日

請求者（受給者）

住所 中区 本町6丁目50番地の10

フリガナ ヨコハマ タロウ

氏名 横浜 太郎

生年月日 昭和 平成 2年 1月 1日

連絡先 090 [1234] 0000 ※日中連絡のつく連絡先

次のとおり届け出ます

消滅事由の発生した日 又は 転出予定日	平成 令和 3年 5月 1日
---------------------------	----------------

消滅事由	<input type="checkbox"/> 受給者が横浜市外・国外に転出 転出予定住所 _____ 連絡先 [_____]	
	<input type="checkbox"/> 受給者が公務員になった (勤務先名: _____ 代表番号: _____) (所属部署: _____ 採用年月日: _____ 年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 父母指定者でなくなった (児童の生計を維持する父母等が帰国した)	
	<input type="checkbox"/> 未成年後見人でなくなった	
<input checked="" type="checkbox"/> 支給対象となる児童について、次の事案が生じた	<input checked="" type="checkbox"/> 監護しなくなった	<input type="checkbox"/> 日本国内に住所を有しなくなった
	<input type="checkbox"/> 生計を同じくしなくなった	<input type="checkbox"/> 里親等への委託又は児童福祉施設への入所
	<input type="checkbox"/> 生計を維持しなくなった	<input type="checkbox"/> 死亡した
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	

※横浜市使用欄（ここから下には記入しないでください）

福祉コード

連絡事項	(その他提出書類)	消滅日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 変更届 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 配偶者等からの新規認定請求書 (※養子縁組、離婚等による受給者の変更を希望)				