



子ども手当 受給事由消滅届

平成 年 月 日

(届出先)
横浜市長

受給者

住 所 _____

フリガナ

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 昭和・平成 年 月 日

電 話 _____

次のとおり届け出ます。

消滅事由の発生した日 または 転出予定日	平成 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 _____ ※国外の場合は国名 連絡先 _____
	<input type="checkbox"/> 受給者が子どもと別居することになった <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 未成年後見人でなくなった <input type="checkbox"/> 受給者が公務員になった <input type="checkbox"/> 支給対象となる子どもについて、次の事実が生じた <input type="checkbox"/> 監護しなくなった <input type="checkbox"/> 生計を同じくしなくなった <input type="checkbox"/> 生計を維持しなくなった <input type="checkbox"/> 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) <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"/> 死亡した <input type="checkbox"/> その他 (_____)

(備考) 記名押印に代えて、署名することができます。

※横浜市使用欄 福祉コード _____	入力者	確認者
その他提出書類等 <input type="checkbox"/> 認定請求書		