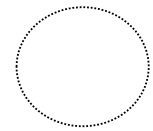


# 児 童 手 当 受 給 事 由 消 滅 届



（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（児童等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等について、次の事案が生じた ( <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"/> 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への入所若しくは入院した <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）				

