

児童手当 受給事由消滅届

		提出年月日		※受付確認年月日	
(あて先) 長岡市教育委員会教育長		令和 . .		令和 . .	
受給者	(ふりがな) 氏 名		生年月日	昭和 . . 平成	
	住 所	長岡市 電話 ()			
消滅した受給事由 (該当するものを○で囲んでください。)		ア 受給者が日本国内に住所を有しなくなった イ 受給者が他の市町村(特別区を含む)に転出した ウ 未成年後見人でなくなった エ 父母指定者でなくなった(児童の生計を維持する父母等の帰国) オ 児童について、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ている/里親等への委託/児童福祉施設等に入所若しくは入院するに至った (7) その他 () カ その他 ()			
オの場合における児童の氏名					
消滅事由の発生した年月日		令和 . .			
他市町村に転出した場合の転出先住所		(電話 — —)			
振込先口座	金 融 機 関	解約した ・ 解約しない ※原則として、消滅事由の発生した年月日の翌月15日に、最終手当の振込を行います。			
	口 座	(解約した場合の新しい金融機関口座)			
	先 座	銀行・金庫 本店 口座番号 農協・信組 支店			
	先 座	口座名義 □公金受取口座(個人番号による情報連携で情報を取得することに同意します。)			
備考					

「消滅した受給事由」が オ(2)監護しなくなった または カ その他 の場合は、必ず受給者本人が記入してください
(受給者本人に内容確認の電話をする場合があります。)
太枠内だけ、楷書(かいしょ)ではっきり記入してください。