

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

	認定番号	
	受理日	
あて先 新潟市長	提出年月日	令和 年 月 日

受給者	住所	新潟市 区		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	連絡先 電話番号	(自宅・携帯・その他)

<p style="text-align: center;">消滅事由</p> <p style="font-size: small;">◎該当するものを選択してください。</p>	<p>ア 受給者が生計中心者でなくなった</p> <p>イ 受給者が児童と生計を同じく（維持）しなくなった</p> <p>ウ 受給者が児童を監護しなくなった</p> <p>エ 受給者が公務員となった</p> <p>オ 受給者が市外へ転出した</p> <p>カ 児童と同居しなくなった</p> <p>キ 児童が死亡した</p> <p>ク その他 ()</p>
事由発生日	年 月 日

注：太枠の枠内のみ記入してください。

市 処 理 欄	消滅開始年月	令和 年 月	未支払手当	有 ・ 無 ※有の場合 口座解約（未・済）
	備考			