

# 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)

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