

認定番号

記入例

手当を受給している方について記入してください。

付 受 給 事 由 消 滅 届

提出年月日

(あ) 高 崎 市 長

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|----|-----|------|-----------|----|---|---|---|----------|
| 受 給 者 | フリガナ | タカサキ タロウ | | | 生年月日 | 昭和 | 50 | ・ | 4 | ・ | 1 |
| | 氏名 (法人名等) | 高崎 太郎 | | | | 平成 | | | | | |
| | 住所 (法人の主たる住所の所在地) | 高崎市 高松町35番地1 電話 027 (321) 1247 | | | | | | | | | |
| 消滅した 受給事由 (該当するものを○で囲んでください。) | <ol style="list-style-type: none"> 受給者が日本国内に住所を有しなくなった ○ 受給者が他の市町村（特別区を含む）に転出した 受給者が児童と別居することになった（単身赴任の場合を除く） 未成年後見人でなくなった 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） 児童について、次の事実が生じた <ol style="list-style-type: none"> 死亡した 監護しなくなった 生計を同じくしなくなった 生計を維持しなくなった 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） 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所 その他（ その他（ | | | | | | | | | | |
| 6 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 元・5・25 | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | ※受付確認年月日 |
| 担 当 | 受付 | 入力 | 確認 | 一 覧 | | | | | | | |
| | | | | | | □窓口 □郵便 | | | | | |

受給者の方が、高崎市外に転出する予定日など消滅事由の発生した日を記入してください。手当は、消滅事由の発生した月分まで支払われます。（記入例の場合、令和元年5月分まで支払われます。）

○ ※印の欄は、記入しないでください

○ 字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。

○ 記名押印に代えて、署名することができます。