※ | | | | | | | | | | |

児童手当（特例給付）受給事由消滅届

受給者	氏　名		生年月日	昭和・平成・西暦 年　月　日
	住　所	西宮市	電話（　　）　ー 携帯（　　）　ー	

消滅した受給事由 （該当するものを○で囲んでください。）	1　受給者が日本国内に住所を有しなくなった。 2　受給者が他の市区町村に転出した。 3　受給者が公務員になった。 4　主たる生計維持者でなくなった。　理由：婚姻・扶養変更 その他（　　） 5　支給要件の児童について、次の事実が生じた。 ア　海外へ出国した、または海外に居住している。 イ　施設に入所した、またはしている。（施設名：　　） ウ　監護しなくなった。 エ　生計を同じくしなくなった。 オ　生計を維持しなくなった。 カ　15歳に達した日の属する年度が終了した。 キ　死亡した。 6　そ の 他（　　）

５の場合における児童の氏名	
消滅事由が発生した日	平成・令和　　年　　月　　日

令和　　年　　月　　日

西宮市長　宛

※ | | | | | | | | | | |

備考	入力・確認	受付年月日
		担当者名

※印の欄は、記入しないでください。