

児童手当 受給事由消滅届 (施設等受給者用)

(宛先)

高槻市長

提出年月日

※受付確認年月日

令和 . . .

令和

受給者	(フリガナ)		設置者等の住所地 (法人の主たる事務所の所在地)	〒	一	
	設置者等の氏名 (代表者)		法人名	電話	-	-
受給者	(フリガナ)		施設等所在地 又は里親等住所地	〒	一	
	施設等の名称		施設等の種類	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. 施設等を廃止した、児童自立生活援助事業を行わなくなった、里親登録が消除された等
- イ. 施設等の所在地又は里親等の住所を他の市町村（特別区を含む。）に変更した
- ウ. 全ての児童が施設入所等児童でなくなった
- エ. その他 ()

消滅事由の発生した年月日

令和 . . .

※備考

- ◎ ※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。

※受付担当

--