

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) 設置者等の氏名 (代表者) | 法人の主たる事務所の所在地 | 電話 - - |
| | (フリガナ) 施設等の名称 | 施設等の所在地 | 電話 - - |
| | | 施設の種類 | |

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、里親登録が消除された等
- イ. 施設等の所在地(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 |
| |