

受給者番号	400
-------	-----

## 児童手当 受給事由消滅届

門真市長様

		提出日	令和	年	月	日	
受給者	フリガナ			生年月日	昭和	.	.
	氏名				平成	.	.
	住所	門真市					
	電話番号	※必ず連絡が繋がる番号をご記入ください。					
消滅した事由 (該当する番号に○)	1. 受給者転出 2. 受給者公務員となる 3. 受給者死亡 4. 児童死亡 5. 児童の監護・生計なし 6. 生計中心者の変更 7. 児童施設入所 8. その他( )						
消滅事由の発生した日	年 月 日						

備考						
◎太線内をご記入ください。 ◎字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。	市 処理欄	・口座確認	確認済	<input type="checkbox"/>		
		・本人確認	確認済	<input type="checkbox"/>		
		・世帯全員の転出	確認済	<input type="checkbox"/>		
通知年月日	.	.	受付年月日	令和		