子 ど も 手 当 受 給 事 由 消 滅 届

提出年月日	認定番号
平成　　年　　月　　日	

川西市長　あて

受給者	(フリガナ) 氏　名	㊞	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
	住　所	川西市　　TEL		

消滅した受給事由 該当するものを○で囲んでください。	ア、受給者が日本国内に住所を有しなくなった。 イ、受給者が他の市区町村に転出した。 転出先住所（　　） 転出先TEL（　　） ウ、受給者が被用者でなくなった。 エ、支給要件児童について、次の事実が生じた。 （ア）死亡した （イ）監護しなくなった （ウ）生計を同じくしなくなった （エ）生計を維持しなくなった （オ）その他（　　） オ、その他（　　）	
	銀行口座変更の有無	無　・　有

エの場合における児童の氏名	
支給事由の発生した日	平成　　年　　月　　日

備考	