

※該当する制度にチェックしてください。

児童手当
 乳幼児・子ども医療証

受給事由消滅届

受 付 印	
-------------	--

新宿区長 宛て

年 月 日

受給者 (保護者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所			
		電話 ()		
	受給資格がなくなった理由	ア 受給者(保護者)が日本国内に住所を有しなくなった イ 受給者(保護者)が他の区市町村に転出した ウ 支給要件児童について、次の事由が生じた (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 エ その他()		
	※該当する事由に○をつけてください。			
	ウの場合における児童の氏名			
	消滅事由の発生した年月日	年 月 日		
	備考			

※字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。

※処理欄

児手							
医							

入力		決定		確認	
----	--	----	--	----	--