様式第１１号

児童手当・特例給付　受給事由消滅届

所属コード	
氏　　名	
職員番号	

		所　属　名		
受給者	フリガナ 氏　　名		生年月日	年　　月　　日
	住　　所			
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．受給者が認定権者を異にした ウ．受給者が公務員でなくなった エ．受給者が児童と別居することとなった（単身赴任の場合をく。） オ．未成年後見人でなくなった カ．父母指定者でなくなった（児童の生計を維持する父母等の帰国） キ．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) 日本国内に住所を有しなくなった（留学を理由とするものをく） (ｶ) 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院 (ｷ) その他（　　）			
キ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			
年　　月　　日 福岡県教育委員会　　殿				
※　通　知	年　　月　　日　　第　　号			
			※受付年月日	年　　月　　日

上記のとおり確認する。

				決裁者