

受給者が転出するとき

現在の受給者についてご記入ください。

提出年月日	※受付確認年月日
令和 ○・○・○	令和 ・・

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	○○○○○ ○○○	生年月日	昭和 平成 ○・○・○
	住所 (法人の主たる 事務所の所在地)	〒 - ○○○○○○○○○○○-△△ 電話 090 (123) 4567		

消滅した受給事由

該当するものを○で囲んでください

1. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった
2. 受給者が他の市町村（特別区を含む）に転出した
3. 受給者が児童と別居することとなった（単身赴任の場合を除く）
4. 未成年後見人でなくなった
5. 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）
6. 児童について、次の事実が生じた
 - ① 死亡した
 - ② 監護しなくなった
 - ③ 生計を同じくしなくなった
 - ④ 生計を維持しなくなった
 - ⑤ 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除く）
 - ⑥ 児童自立生活援助を受け、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した
 - ⑦ その他 ()
7. その他 ()

6 の場合における児童の氏名	
消滅事由の発生した年月日	令和 ○・○・○○

転出予定日

備考

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ ※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。