

※※  
第 号 ※市 町 村 令和 . .  
受 付 年 月 日

## 児童扶養手当資格喪失届

(ふりがな) 受給資格者名 氏名に変更がある 場合の新しい氏名	くまもと はなこ 熊本 花子	証 書 番 号	0123456
------------------------------------------	-------------------	---------	---------

受給資格者 住所	〒 860 - 8601 熊本市 中央区手取本町1番1号 手取アパート101号室	TEL (自宅) (携帯)	096-328-1234 090-1234-5678
-------------	------------------------------------------------	------------------	-------------------------------

住所に変更がある 場合の新しい住所	〒 -
----------------------	-----

受給資格が なくなった理由	イ 受給資格者が国内に住所がなくなった ロ 児童が母に監護されなくなった ハ 児童が父に監護されなくなり、又は生計同一でなくなった ニ 児童が養育者に養育されなくなった ホ 児童が死亡した ヘ 児童が国内に住所がなくなった ト 児童の年齢が法に定める年齢に到達した チ 児童が父又は母と生計同一になった リ 母又は父が婚姻(事実婚含む)し、配偶者に児童が養育されるようになった ヌ その他 ( )
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

理由が発 生した年 月日	平成 令和 3 年 4 月 1 日
--------------------	-------------------

上記のとおり、児童扶養手当を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。

令和 3 年 4 月 10 日

氏名 熊本 花子  
熊本市長 宛私は、この届出をもって熊本市ひとり親家庭等医療費助成規則第15条第4号の規定による届出を行います。  
ひとり親家庭等医療費助成受給資格者証番号（申請者）【 123456789 】氏名 熊本 花子  
熊本市長 宛

添付 書類	1 児童扶養手当証書 有 ・ 無	2 住民票（除票） 有 ・ 公簿確認	3 戸籍謄本（抄本） 有 ・ 公簿確認
	4 措置決定通知書	5 喪失理由の調書	6 その他事実が明らかになる書類 ( )
氏名変更 有 ・ 無	金融機関変更 有 ・ 無	ひとり親医療受給証 有 ・ 無	備考欄

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要はありません。  
◎ 字は楷書ではっきり書いてください。

児童手当	子ども医療	管 轄 区
済・未	済・未	北・西・中央・東・南

処理経過			
入力	二次審査	一次審査	受付