

※※ 第	号	※市 町 村 受付年月日	令和	.	.
---------	---	-----------------	----	---	---

児童扶養手当資格喪失届

(ふりがな) 受給資格者 氏名		証書番号
氏名に変更がある 場合の新しい氏名		

受給資格者 住所	〒 ー 熊本市	TEL (自宅) (携帯)
-------------	------------	------------------

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

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 年 月 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 年 月 日

氏名 _____

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）【 _____ 】

氏名 _____

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	金融機関変更	ひとり親医療受給証	備考欄
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	

◎ 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

(裏 面)

注意

- 1 受給資格がなくなった理由の欄の又その他には、次の(イ)から(チ)までのいずれにも該当しなくなった場合等に記入してください。
 - (イ) 父母が婚姻を解消した児童
 - (ロ) 父又は母が死亡した児童
 - (ハ) 父又は母が政令別表2に定める程度の障がいの状態である児童
 - (ニ) 父又は母の生死が明らかでない児童
 - (ホ) 父又は母が引き続き1年以上遺棄している児童
 - (ヘ) 父又は母が法令により引き続き1年以上拘禁されている児童
 - (ト) 母が婚姻によらないで懐胎した児童
 - (チ) (ト)に該当するか明らかでない児童

- 2 手当を受給している人が死亡したときは、この届けではなく、戸籍の届出をしなければならない人に、受給者の死亡の届書をだしてもらうことになります。

- 3 この届を提出せず（遅れた場合も含む。）に支払いを受けた手当については、理由の発生した日の属する月の翌月以降の手当をすべて返還していただくことになります。