

※※ 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	
受給資格者所 住	〒 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)	096-328-1234 (携帯) 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 4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 4 年 4 月 10 日 熊本市長 宛 氏名 熊本 花子					
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 】 熊本市長 宛 氏名 熊本 花子					
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