

※※ 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	くまもと はなこ 熊本 花子		証 書 番 号	0123456		
氏名に変更がある 場合の新しい氏名						
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)	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	令和 5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 5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