（様式第2号）

所　属　名	氏　名
所属コード	職員番号

（令和　　年　　月　　日届出）

児童手当 額減額改定 受給事由消滅 届

（任命権者） 奈良県教育長 **殿**	所属	
	氏名	
	住所	

（1） 受給者が支給要件に該当しなくなった理由及び理由の発生した年月日	理　由	理由の発生した年月日			
	コード	年号	年	月	日

（2） 児童が支給要件に該当しなくなった理由及び理由の発生した年月日

氏名	生　年　月　日				性別	続柄	理由	理由の発生した年月日			
	年号	年	月	日	コード	コード	コード	年号	年	月	日

額　減　額　・　消　滅　理　由

（1） 受給者について、次の事実が生じた。

理由コード	内容
□ 01.	受給者が日本国内に住所を有しなくなった
□ 02.	受給者が公務員でなくなった
□ 03.	その他（　　）

（2） 支給要件児童について、次の事実が生じた

理由コード	内容
□ 16.	死亡した。
□ 17.	監護しなくなった。
□ 18.	生計を同じくしなくなった。
□ 19.	生計を維持しなくなった。
□ 20.	その他（　　）

上記のとおり確認する。
令和　　年　　月　　日

決裁欄	所属長			事務担当者

上記のとおり確認し決定する。
令和　　年　　月　　日

□ 児童手当受給事由消滅通知書の発行を希望する
（提出先：　　）

受付年月日　令和　　年　　月　　日