様式第３号（第10条関係）

在宅育児手当支給事由消滅届

伊方町長　　　　　　様

年　　月　　日

【受給者】

住　所　伊方町

氏　名

連絡先

※日中連絡を取れる方の連絡先を記入してください。

次の事由により受給資格がなくなりましたので、届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象乳幼児 | 氏名 |  | |
| 消滅事由 | □町外へ転出  □乳幼児が保育所等へ入所  □受給者が家庭で保育をしなくなった  □乳幼児・受給者の死亡  □その他 | | |
| 消滅事由が生じた年月日 | | | 年　　月　　日 |

※事務処理欄

|  |  |
| --- | --- |
| 支給消滅月 | 年　　月 |
| 最終支払月 | 年　　月 |
| 返還金の発生 | 有・無 |
| 返還額 | 円 |