

※受付年月日

令和 年 月 日

**児童扶養手当・ひとり親家庭等医療給付 辞退届**

(フリガナ)

氏名

証書番号

第

号

住所

〒

確認事項

(☑を記入してください。)

- 現在、所得制限や年金額によって手当は全部支給停止となっており、辞退届を提出することで、受給資格を喪失することを確認しました。
- これに伴い、今後、所得が制限限度額を下回ったり、年金額が減少しても、遡及して手当等を受給できず、再度、受給資格が認定されるまで手当等を受給できないことを確認しました。
- 今後、受給資格の認定を必要とする場合には、改めて認定請求をする必要があることを確認しました。

上記のとおり、届け出ます。

令和 年 月 日

(自署)

氏名

白山市長 殿

担当者  
確認欄 本人確認書類にて、受給者本人からの届出であることを確認しました。 現在、届出者の支給区分が全部停止であることを確認しました。

白山市健康福祉部子育て支援課

印

◎ ※の欄は記入する必要がありません。

◎ 文字は楷書ではっきり書いてください。

◎ 郵送で提出する場合は**本人確認書類の写し**（運転免許証、マイナンバーカード等の写し）を添付してください。