

※※ 第 号			
※経 由 市 町 村 名		※市 町 村 受付年月日 令和 . .	
※市 町 村 令和 . . 進 達 第 号		※市 町 村 令和 . . 再 進 達 第 号	
特別児童扶養手当辞退届			
受 給 者 氏 名		証 書 番 号	媛特 第 号
住 所			
辞 退 理 由	イ 支給制限を下回る見込みがないため ロ その他()		
辞 退 する 月	令和 年 月 以降		
上記のとおり、特別児童扶養手当を辞退します。 令和 年 月 日 氏 名 印 愛媛県知事 中村 時広 殿			
上記のとおり、相違ありません。 市町村長 印			

◎ ※、※※の欄は記入の必要がありません。