

記入例
(公務員)

認定番号

児童手当 受給事由消滅届

(届出先) 新座市長

令和〇年〇月〇日提出

受給者	フリガナ	ニイザ シロウ		生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日
	氏名	新座 市郎			
	住所	新座市 野火止〇-〇-〇			
		電話 090 (XXXX) □□□□			
消滅し 受給事 該当す ものを で囲ん くたさ 消滅事由に該当する項目を記入してください。	ア. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった 出国先 _____ 出国予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
	イ. 受給者が他の市町村（特別区を含む。）に転出した 転出先住所 _____ 転出後連絡の取れる電話番号 () _____ 転出予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
	ウ. 受給者が児童と別居することとなった（単身赴任の場合を除く）				
	エ. 未成年後見人でなくなった				
	オ. 父母指定者でなくなった（児童の生計を維持する父母等の帰国）				
	カ. 児童について、次の事実が発生した (ア). 死亡した (イ). 監護しなくなった (ウ). 生計を同じくしなくなった (エ). 生計を維持しなくなった (オ). 日本国内に住所を有しなくなった（留学を理由とするものを除く） (カ). 児童自立生活援助を受け、里親等への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院した (キ). その他 ()				
	キ. 家計について、次の事実が発生した (ア). 配偶者の所得が高くなり、家計の主宰者が配偶者になった (イ). 婚姻し、家計の主宰者が配偶者になった				
	オ. その他（公務員になった） ()				
	カの場合における児童の氏名 _____				
	消滅事由の発生した年月日 _____ 令和〇年 〇〇月 〇〇日				

※二重枠の中のみ記入してください。字は、楷書（か）

公務員になった日

※以下の欄は記入しないでください。

備考

入力者 受付者