

記入例
(監護無し)

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 ()				
	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（カ）

監護・生計維持をしなくなった日

※以下の欄は記入しないでください。

備考

入力者 受付者