

児童手当 受給事由消滅届

調布市長 宛			提出年月日	
			年 月 日	
受給者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	調布市 電話 ()		
消滅した受給事由 該当するものを○で囲んでください		1. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった 2. 受給者が他の市町村（特別区を含む）に転出した 3. 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） 4. 未成年後見人でなくなった 5. 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） 6. 児童について、次の事実が生じた ① 死亡した ② 監護しなくなった ③ 生計を同じくしなくなった ④ 生計を維持しなくなった ⑤ 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） ⑥ 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 ⑦ その他 () 7. その他 ()		
6 の 場 合 に お け る 児 童 の 氏 名				
消滅事由の発生した年月日		年 月 日		
備考	転出先市区町村名（国外の場合は国名）：			受付年月日
				()

◎ 字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。