

		受 付 年 月 日		
児童手当・特例給付 受給事由消滅届				
受 給 者	フリガナ	アキシマ タロウ	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日生
	氏 名	昭島 太郎	電話番号	080 - xxxx - xxxx
	住 所	昭島市 田中町1-17-1		
消 滅 し た 受 給 事 由 〔該当するものを○でかこんでください。〕		ア 受給者が日本国内に住所を有しなくなった 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 東京都福生市本町〇〇 電話番号 080 - xxxx - xxxx 〕 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、次の事実が生じた （ア）死亡した （イ）監護しなくなった （ウ）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） （エ）児童福祉施設への入所又は、里親への委託 （オ）生計を同じくしなくなった （カ）生計を維持しなくなった （キ）その他（ キ 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 月 〇 日		
上記のとおり、受給事由消滅の届出をします。 令和〇 年 〇 月 〇 日 （あて先） 昭 島 市 長 氏名 昭島 太郎 昭島 印				
備 考 電算 / 通知 /				

記載された事項は、保健福祉総合システムのコンピュータに記録されます。

消滅日（転出予定日、児童の施設入所日、監護（養育）しなくなった日など）を記入してください。

太枠内を楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。
記名押印に代えて、署名することができます。