

			受 付 年 月 日		
児童手当 受給事由消滅届					
受 給 者	フリガナ		生年月日	年 月 日生	
	氏 名		電話番号	— —	
	住 所	昭島市			
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 — — 〕 〔 電話番号 — — 〕 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） 児童自立生活援助を受け、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			年 月 日		
上記のとおり、受給事由消滅の届出をします。 年 月 日 （あて先） 昭 島 市 長 氏名 _____					
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。

太枠内を楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。