

受付年月日

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

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。

受給者	フリガナ		生年月日	昭和 平成	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 平成 年 月 日

上記のとおり、受給事由消滅の届出をします。

平成 年 月 日

（あて先）昭島市長 氏名 印

備考 電算 / 通知 /

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。