

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	<b>アキシマ タロウ</b>	生年月日	<b>昭和〇〇年 〇月 〇日生</b>
	氏名	<b>昭島 太郎</b>	電話番号	<b>080 - xxxx - xxxx</b>
	住所	<b>昭島市 田中町1-17-1</b>		

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（

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。

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	<b>令和〇年 〇月 〇日</b>

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 /

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。