



児童手当 受給事由消滅届

認定番号					確 認	入 力
受付番号						

受給者 (保護者)	ふりがな		生年月日	昭 和 年 月 日 平 成			
	氏 名						
	住 所	和光市	TEL	()			
消滅した受給事由		1. 日本国内に住所を有しなくなった (受給者のみ / 世帯全員) ※口座は解約しないで下さい 2. 他の市区町村に転出した (受給者のみ / 世帯全員) 新住所地: _____ 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 ()				備 考	
該当する番号を○ で囲んでください							
6の場合における 児童の氏名							
消滅事由の 発生した日		令和 年 月 日					

□世帯全員で海外に転出される方
連絡用 e-mail アドレス (任意)