

児童手当 受給事由消滅届		住民コード：		認定番号：	
		提出年月日		※受付確認年月日	
		令和 . .		令和 . .	
受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)			生年月日	昭和 平成 . .
	住所 (法人の主たる 事務所の所在地)	〒 259 -11 伊勢原市 電話 ()			
消滅した 受給事由		該当するものを○で囲んでください 1. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった 2. 受給者が他の市町村（特別区を含む）に転出した 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 ()			
6 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 . .			
備考					
		入力 /		確認 /	
◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ◎ ※印の欄は、記入しないでください。 ◎ 字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。					