

児童手当 受給事由消滅届

阿南市長 殿		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)	〒				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									

◎※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。

◎児童手当法施行規則様式第10号備考により、同様式について所要の変更及び調整を加え、注意事項を省略した。

本人確認 <input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()	本人確認実施者	
--	---	---------	--