

記入例

太枠内のみご記入ください。

児童手当の振込口座名義の方
(お子様ではありません)。

受付
印

提出年月日

令和〇年△月□日

認定番号

児童手当・特例給付 受給事由消滅届
西東京市長 殿

受給者	(ふりがな) 氏名	にしとうきょう いちろう 西東京 市郎	生年月日	昭和56年 3月 10日 平成
	住所	西東京市 南町5-6-13	Tel 090(*****)****	
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。 (新住所 東京都練馬区□□町*-*-*) 3 受給者が児童と別居することとなった(単身(同居を除く)) 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) 6 支給要件児童について、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 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所 ⑦ その他() 7 その他()			
6の場合における児童の氏名		転出先のご住所をご記入ください。		
消滅事由の発生した年月日		令和〇年 △ 月 □ 日		
※職員記入欄	届出提出者	本人・配偶者・その他()		
	消滅月日について	提出者了承(確認)済・その他()		
	受付経過			

※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。
記名押印に代えて、署名することができます。

入力

受付