

調布市外へ転出  
する場合

児童手当 受給事由消滅届

消滅届提出日を記入してください。

提出年月日

〇年 〇〇月 〇〇日

児童手当受給者(保護者)の氏名・生年月日・住所を記入してください。

ちょうふ たらう

調布 太郎

生年月日

〇〇年 〇月 〇日

給  
者  
住所

住所

調布市 小島町2-35-1

電話 〇〇〇( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇

電話番号は、連絡の取りやすい番号を記入してください。

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 （ )

該当する事由に○をつけてください。  
市外転出の場合には、1または2です。

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

〇〇年 〇〇月 〇〇日

備考

転出先市区町村名（国外の場合は国名）： 〇〇県〇〇市

転出先の住所を記入してください。

市民課における転出届に記入した「異動予定日」を記入してください。

( )