

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

調布市長 様

提出年月日	※受付確認年月日
年 月 日	年 月 日

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	生年月日	年 月 日
	住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒 - 調布市 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> 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

消滅事由の発生した年月日	年 月 日
--------------	-------

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。