

児童手当 受給事由消滅届		※受付番号	※受付確認年月日	
(宛先) 稲沢市長様 ◎太枠内をご記入ください。		提出年月日	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	
受 給 者	(ふりがな) 氏 名			
	生年月日	昭和 平成 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	連絡先 TEL 〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	住 所	〒 〇〇〇〇 稲沢市		
消滅した 受給事由 該当する ものを〇 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 (国名:) 2. 受給者が他の市町村(特別区を含む)に転出した (転出先住所:) 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もしくは入院した 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 〇〇年〇〇月〇〇日	
	備 考			
	◎ 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。 ◎ 記名押印に代えて、署名することができます。			

※ 市 処 理 欄	消滅日	確認内容	受 付 者 (印)
	R 〇〇年〇〇月〇〇日 (確認日 /)	住基(済・未)	
			2025.10.1～受付用

注意

- 1 受給者が他の市町村（特別区を含みます。）に住所を変更したことにより児童手当の受給事由が消滅した場合で、その住所の変更について、転出届に児童手当の受給者であることを書いて提出した場合には、この届は提出する必要はありません。なお、6の⑦または7を○で囲んだ場合は、（ ）内にその理由を具体的に記入してください。
- 2 全ての児童が18歳に達する日以後最初の3月31日を経過したことにより、児童手当の受給事由が消滅した場合、この届を提出する必要はありません。
- 3 「生年月日」の欄は、受給者が法人である場合は記入する必要はありません。
- 4 6の⑥は、児童自立生活援助、委託または児童福祉施設等への入所もしくは入院が2か月以内の期間を定めて行われたものである等一定の要件に該当する場合は該当せず、この届を提出する必要はありません。

備考

1. 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。
2. 受給資格者に周知することにより、注意事項を省略することができる。