

児童手当 受給事由消滅届

提出年月日
令和 年 月 日

川西市長 あて

受給者	(フリガナ) 氏名	本人署名 または 捺印に押印	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	川西市 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 転出先住所 () 転出先☎ () 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 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 年 月 日
銀行口座変更の有無	無 ・ 有

備考	
----	--

※ 認定番号	※ 受付確認年月日		
	令和 年 月 日	受付	