児童手当　受給事由消滅届

受給者番号

多 摩 市 長　殿

※太枠線内を記入してください

提出年月日	年	月	日

受給者	ふりがな		生年月日　年　月　日
	氏名	印	
	住所	多摩市　電話（　　）　－	

消滅した受給事由 （該当するものに〇をしてください）	ア．受給者が日本国内に住所を有しなくなった イ．受給者が他の市区町村に転出した 転出先住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話（　　）　－ ウ．未成年後見人でなくなった エ．父母指定者でなくなった（児童の生計を維持する父母等が帰国した） オ．公務員になった カ．児童について次の事実が発生した （ア）死亡した （イ）監護しなくなった （ウ）生計を同じくしなくなった （エ）生計を維持しなくなった （オ）日本国内に住所を有しなくなった（「留学」に該当する場合を除く） （カ）児童福祉施設等へ入所（もしくは入院）した、里親等へ委託された （キ）主たる生計維持者が変更した （ク）その他（　　） キ．その他（　　）
「カ」の事由における児童の氏名	
消滅事由の発生した年月日	年　月　日

※記名押印に代えて、署名することができます。

受付確認年月日