

児童手当 受給事由消滅届

|    |    |
|----|----|
| 受付 | 担当 |
|----|----|

(宛先) 川崎市長

|       |       |
|-------|-------|
| 提出年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

|     |                       |                  |      |   |   |
|-----|-----------------------|------------------|------|---|---|
| 受給者 | (ふりがな)                |                  | 生年月日 | ・ | ・ |
|     | 氏名<br>(法人名等)          |                  |      |   |   |
|     | 住所<br>(法人の主たる事務所の所在地) | 携帯 ( )<br>自宅 ( ) |      |   |   |

消滅した受給事由(該当項目にチェックしてください。)

1 受給者が次に該当した

- ☐ 転出した(国内・国外)
- ☐ 死亡した
- ☐ 公務員となった
- ☐ 児童と別居することになった(単身赴任の場合を除く)
- ☐ 未成年後見人でなくなった
- ☐ 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)
- ☐ その他( )

2 児童について、次の事実が生じた

- ☐ 死亡した
- ☐ 監護しなくなった
- ☐ 生計を同じくしなくなった
- ☐ 生計を維持しなくなった
- ☐ 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)
- ☐ 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
- ☐ その他( )

2に該当する場合は、  
該当する児童の氏名を  
記入してください。

|       |
|-------|
| 児童の氏名 |
|       |
|       |
|       |
|       |

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

|    |    |
|----|----|
| 備考 | 受付 |
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |

※ 太線の枠内を記入してください。また、記名押印に代えて、署名することができます。