

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	令和 7 年 8 月 15 日
-------	-----------------

受給者	(ふりがな)	かわさき はなこ	生年月日	平成 2 ・ 2 ・ 2
	氏 名 (法人名等)	川崎 花子		
	住 所 (法人の主たる事務所の所在地)	川崎市川崎区宮本町 1 番地		
	携帯	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
	自宅	044 (〇〇〇) 〇〇〇〇		

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 (配偶者の所得が高くなった)

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。

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 ()

児 童 の 氏 名

消 滅 事 由 の 発 生 し た 年 月 日

令和 7 年 7 月 31 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。