

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

調布市長 様

提出年月日	※受付確認年月日
. .	. .

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	①	生年月日	. .
	住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒 - 調布市 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"> <li>1. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった</li> <li>2. 受給者が他の市町村（特別区を含む）に転出した</li> <li>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）</li> <li>4. 未成年後見人でなくなった</li> <li>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）</li> <li>6. 児童について、次の事実が生じた             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 死亡した</li> <li>② 監護しなくなった</li> <li>③ 生計を同じくしなくなった</li> <li>④ 生計を維持しなくなった</li> <li>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）</li> <li>⑥ 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所</li> <li>⑦ その他 ( )</li> </ol> </li> <li>7. その他 ( )</li> </ol>
------------------------------------	--

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	. .
--------------	-----

備考	
----	--

◎ ※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。