

記号番号：
受給者コード：

提出年月日

※受付確認年月日

令和

・

・

令和

・

・

児童手当 受給事由消滅届

伊丹市長 様

受給者

(ふりがな)
氏名
(法人名等)

住所
(法人の主たる
事務所の所在地)

生年月日

昭和
平成

・

・

・

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

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

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. 受給者が死亡した（☐交通遺児 ☐児童扶養手当 ☐医療）

5. 未成年後見人でなくなった

6. 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）

7. 児童について、次の事実が生じた

① 18歳に達した日の属する年度が終了した

② 死亡した

③ 監護しなくなった

④ 生計を同じくしなくなった

⑤ 生計を維持しなくなった

⑥ 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）

⑦ 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

⑧ その他（）

8. その他（）

7 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

・

・

備考

新住所

連絡先電話番号

口座変更（名義人のみの変更も含む）

有（変更予定時期

年

月）

・

無

◎ ※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。

データ

確認

決裁