

| 児童手当 受給事由消滅届              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 記号番号: -        |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 受給者コード:        |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 提出年月日          |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ※受付確認年月日       |
| 伊丹市長 様                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 記入日            |
| 受給者                       | (ふりがな)<br>氏名<br>(法人名等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 生年月日           |
| 住所<br>(法人の主たる<br>事務所の所在地) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 昭和<br>平成       |
| これまでの受給者の住所&電話番号          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | これまでの受給者の生年月日  |
| 消滅した受給事由                  | 1. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった<br>2. 受給者が他の市町村（特別区を含む）に転出した<br>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）<br>4. 受給者が死亡した（□交通遺児 □児童扶養手当 □医療）<br>5. 未成年後見人でなくなった<br>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）<br>7. 児童について、次の事実が生じた<br>① 18歳に達した日の属する年度が終了した<br>② 死亡した<br>③ 監護しなくなった<br>④ 生計を同じくしなくなった<br>⑤ 生計を維持しなくなった<br>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）<br>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<br>⑧ その他（ ）<br>8. その他（「所得逆転による受給者変更」と記入）<br>8を選択する |                |
| 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7年7月31日」と記入 |
| 備考                        | 新住所<br>連絡先電話番号<br>口座変更（名義人のみの変更も可）<br>令和7年8月分から受給者変更になります。<br>新たに受給者になる方（配偶者）が公務員の場合は、勤務先で申請をしてください。<br>新たに受給者になる方（配偶者）が伊丹市民以外の場合は、お住まいの自治体で申請をしてください。                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |

◎ ※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