

児童手当 受給事由消滅届

習志野市長 あて  
 児童手当の受給事由が消滅しましたので、次のとおり届け出ます。

令和 年 月 日提出

受給者	フリガナ		生年月日	平成・昭和		
	氏名			年	月	日
	住所					
消滅した受給事由 <small>(該当するものを○で囲んでください)</small>	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. 未成年後見人でなくなった 5. 父母指定者でなくなった(子どもの生計を維持する父母等の帰国) 6. 児童について、次の事実が生じた (ア) 死亡した (イ) 監護しなくなった (ウ) 生計を同じくしなくなった (エ) 生計を維持しなくなった (オ) 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) (カ) 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 (キ) その他 ( ) 7. その他 ( )					
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		令和 年 月 日				
転出先						電話 ( )

支払金融機関口座(変更する場合のみどちらかにを記入してください)

振込口座を下記のとおり変更する  公金受取口座を利用する

金融機関名	(銀行コード: )	銀行 金庫 農協	(支店コード: )	本・支 本・支 出張 所	店 所	口座 番号	(普通)
-------	-----------	----------------	-----------	-----------------------	--------	----------	------

転出手続きの際、習志野市における児童手当受給資格の消滅、及び転入先自治体で手続きが必要な旨、説明を受けました。	(手続き者署名欄)
---	-----------

◎ 裏面の注意をよく読んでからご記入ください。 ◎ 字は楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。

◎ 下記は記入しないでください。

現況確認済

備考	<input type="checkbox"/> 子どもの医療費		支給終了年月		摘要
	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当		令和 年 月		
<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費		支払残額			
個人番号			円		
認定番号					
受付	入力	確認	完結年月日		
			令和 年 月 日		

注意

1. 受給者が他の市町村(特別区を含みます。)に住所を変更したことにより児童手当の受給事由が消滅した場合で、その住所の変更について、転出届に児童手当の受給者であることを書いて提出した場合には、この届は提出する必要はありません。なお、6の(キ)または7を○で囲んだ場合は、( )内にその理由を具体的に記入してください。
2. 全ての児童が18歳に達する日以後最初の3月31日を経過したことにより、児童手当の受給事由が消滅した場合、この届を提出する必要はありません。
3. 「生年月日」の欄は、受給者が法人である場合は記入する必要はありません。
4. 6の(カ)は、児童自立生活援助、委託または児童福祉施設等への入所若しくは入院が2月以内の期間を定めて行われたものである等一定の要件に該当する場合は該当せず、この届を提出する必要はありません。