様式第１０号（第７条関係）

受付印

記入例
（公務員）

認定番号	

児童手当　受給事由消滅届

（届出先）　新 座 市 長

令和　〇年　〇月　〇日提出

受給者	フリガナ	ニイザ　シロウ	生年月日	**昭和 〇〇年 〇月 〇〇日**
	氏　名	**新座　市郎**		
	住　所	新座市　**野火止〇－〇－〇** **電話　０９０（××××）□□□□**		

消滅し
受給事

（該当するものを○で囲んでください）

消滅事由に該当する項目を記入してください。

ア．受給者が日本国内に住所を有しなくなった
　出国先 ＿＿＿＿＿＿＿＿　出国予定日　　年　　月　　日

イ．受給者が他の市町村（特別区を含む。）に転出した
　転出先住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿
　転出後連絡の取れる電話番号　（　　）　転出予定日　　年　　月　　日

ウ．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）

エ．未成年後見人でなくなった

オ．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）

カ．児童について、次の事実が発生した
　（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（　　）

キ．家計について、次の事実が発生した
　（ア）．配偶者の所得が高くなり、家計の主宰者が配偶者になった
　（イ）．婚姻し、家計の主宰者が配偶者になった

（オ.）その他（**公務員になった**　　）

カの場合における児童の氏名	
消滅事由の発生した年月日	**令和〇年　〇〇月　〇〇日**

公務員になった日

※二重枠の中のみ記入してください。字は、楷書（か

※以下の欄は記入しないでください。

備考	入力者	受付者