

（表面）

児童手当 受給事由消滅届		提出年月日	※受付確認年月日
成田市 児童手当を受給している保護者の方をご記入ください。		令和 6 ・ 1 ・ 1	令和 ・ ・
受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	なりた たろう 成田 太郎	生年月日 昭和 5 ・ 5 ・ 5
	住所 (法人の主たる 事務所の所在地)	〒286-8585 成田市花崎町760番地 電話 090 (****) ****	
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 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（児童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 ① 死亡した ② 監護しなくなった ③ 生計を同じくしなくなった ④ 生計を維持しなくなった 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） ⑥ 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 ⑦ その他 （ ） 7. その他 （ ）		
	該当するものを○で囲んでください	成田市から児童手当の支給が消滅する事由を選択してください。 「6.児童について、次の事実が生じた」を選択した場合は、「6の場合における児童の氏名」も合わせてご記入ください。	
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 6 ・ 1 ・ 1	
備考			

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ ※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。