

提出日	令和		年		月		日
認定番号							

児童手当 受給事由消滅届

(宛先) 東大阪市長

受給者	フリガナ 氏名			生年月日	. .	
	変更前住所	東大阪市				
	変更後住所	〒 (Tel - -)				
消滅した事由		1. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった。 2. 受給者が他の市区町村に転出した。 3. その他(理由) 4. 支給要件児童について、次の事実が生じた。 ア 年齢到達した。 イ 児童が死亡した。 ウ 監護しなくなった。 エ 生計を同じくしなくなった。 オ 生計を維持しなくなった。 カ 生計費を負担しなくなった。 キ 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) ク 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 5. 児童と別居することになった。(単身赴任の場合を除く) 6. 時効 7. 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) 8. 未成年後見人でなくなった。				
該当する文字を○で囲んでください。						
4 ក ក 場合における児童の氏名						
消滅事由が発生した日		令和	年	月	日	

残額支給のある方
振込口座を解約される場合は新しい振込先を下記のところへ記入してください。
◎ 受給者名義の口座に限ります。

支払希望 金融機関	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号											
			普通												
			名義人(カタカナ)												
備考															

◎ 字は楷書ではっきり書いてください。
◎なお、転出による消滅の場合は、転出先で再申請してください。
□ (受給者変更の際)最終の支払いについて説明しました。

受付印	
受付者	