

記入見本

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	ヒガシオオサカ タロウ 東大阪 太郎		生年月日	H4 ・ 2 ・ 1	
	変更前住所	東大阪市 荒本北1-1-1				
	変更後住所	〒 ー (Tel 06 - 4309 - 3165) 大阪府〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号				
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クの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		
		6	1	1		

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

◎ 受給者名義の口座に限ります。

転出日を記入してください。

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	