様式第１０号（第７条関係）

受付年月日	

児童手当・特例給付　受給事由消滅届

受給者	フリガナ		生年月日	年　月　日生
	氏　名		電話番号	―　―
	住　所	昭島市		

消滅した受給事由 （該当するものを○でかこんでください。）	ア　受給者が日本国内に住所を有しなくなった 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 電話番号　―　―） 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、次の事実が生じた （ア）　死亡した （イ）　監護しなくなった （ウ）　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） （エ）　児童福祉施設への入所又は、里親への委託 （オ）　生計を同じくしなくなった （カ）　生計を維持しなくなった （キ）　その他（　　） キ　その他（　　）
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	年　月　日

上記のとおり、受給事由消滅の届出をします。

年　月　日

氏名　　印

（あて先）昭島市長

備　考　　電算　／　　通知　／

太枠内を楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。
記名押印に代えて、署名することができます。

記載された事項は、保健福祉総合システムのコンピュータに記録されます。