

様式第10号 (第7条関係)

児童手当 受給事由消滅届		提 出 年 月 日		※受付確認年月日	
稲城市長 殿		令和 . .		令和 . .	
受 給 者	(ふりがな) 氏 名			生年月日	昭和 平成 . .
	住 所	稲城市 電話 ()			
消 滅 し た 受 給 事 由 (該当するものを○で囲んでください)		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 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. 児童について、次の事由が生じた (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)里親への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院 (キ)その他 () オ. その他 [婚姻のため 主な生計者の変更のため]			
エ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 . .			
備 考	転出の場合 ・ 転出先の住所 () ・ 連絡の取れる電話番号 — — 申請者の変更の場合 ・ 新申請者の氏名 () ・ 生年月日 昭和・平成 年 月 日				

◎ ※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。