

様式第10号 (第7条関係)

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

稲城市長 殿

提出年月日 ※受付確認年月日

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。