

記入例：公務員になった/受給者の変更			※受付確認年月日		
児童手当 受給事由消滅届			認定番号		
豊岡市長様			提出年月日		
令和 〇・〇・〇			令和 〇・〇・〇		
受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	とよおか たろう 豊岡 太郎		生年月日	昭和 50・6・20
	住所 (法人の主たる事務所の所在地)	豊岡市 中央町2番4号		電話	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
消滅した受給事由	1. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった				
	2. 受給者が他の市町村（特別区を含む）に転出した				
該当するものを○で囲んでください	3. 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）				
	4. 未成年後見人でなくなった				
	5. 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）				
	6. 児童について、次の事実が生じた				
	① 死亡した				
	② 監護しなくなった				
	③ 生計を同じくしなくなった				
	④ 生計を維持しなくなった				
	⑤ 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）				
	⑥ 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				
	⑦ その他 ()				
	7. その他 (公務員になった / 配偶者が職場で受給することになった等)				
6 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 〇・〇・〇		
備 考	該当日を記入してください			消滅年月	
				令和 年 月	
				入 力 日	
				・	
◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。					
◎ ※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。					