様式第１０号（第７条関係）

光　市　長　　様

児童手当・特例給付受給事由消滅届

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 （法人名）		生年月日	昭和 平成　　・　・ 令和
	住所 （法人の主たる事務所の所在地）	〒　　－ 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）		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 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　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 ⑦　その他（　　） ７．その他（　　）		
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　　・　　・		
備考				

◎ 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。

注意

1　受給者が他の市町村（特別区を含みます。）に住所を変更したことにより児童手当等（児童手当及び特例給付をいいます。以下同様です。）の受給事由が消滅した場合で、その住所の変更について、転出届に児童手当等の受給者であることを書いて提出した場合には、この届は提出する必要はありません。なお、６の⑦又は７を〇で囲んだ場合は、（　）内にその理由を具体的に記入してください。

2　全ての児童が 15 歳に達する日以後最初の３月 31 日を経過したことにより、児童手当等の受給事由が消滅した場合、この届を提出する必要はありません。

3　「生年月日」の欄は、受給者が法人である場合は記入する必要はありません。

4　６の⑥は、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が２月以内の期間を定めて行われたものである等一定の要件に該当する場合は該当せず、この届を提出する必要はありません。