児童手当　受給事由消滅届

提出年月日
令和　年　月　日

川西市長　　あて

受給者	（フリガナ） 氏名	直筆で記入　または　余白に押印	生年月日	昭和 平成　年　月　日
	住所	川西市 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）	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 転出先住所（　　） 転出先☎　（　　） 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　（　　）

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　年　月　日
銀行口座変更の有無	無　・　有
備考	

※認定番号	※受付確認年月日	受付
	令和　年　月　日	