

児童手当の振込口座名義の方

(お子様ではありません)。

提出年月日

令和〇年△月□日

受付印

認定番号

受給者	(ふりがな)	にしとうきょう いちろう		生年月日	昭和50年6月20日 平成
	氏名	西東京市郎			
住所	西東京市				
	南町5-6-13 TEL 090 (****) ****				
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。 (新住所 東京都練馬区□□町*-*-*) 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 6 支給要件児童について、次 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 () 転出先のご住所をご記入ください。			
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		令和〇年△月□日			
※職員記入欄	届出提出者	本人・配偶者・その他()			
	消滅月日について	提出者了承(確認)済・その他()			
	受付経過				

※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。
記名押印に代えて、署名することができます。

入力

受付