

児童手当・特例給付  
受給事由消滅届

|     |        |         |  |    |
|-----|--------|---------|--|----|
| 受付証 | 受付印    | 不足書類    |  | 確認 |
|     |        | 辞令の写し   |  |    |
|     |        | 通帳の写し   |  |    |
|     | その他( ) |         |  |    |
|     |        | 差止め月    |  |    |
|     |        | R 年 月 ~ |  |    |

No. 1

(あて先) 松戸市長

下記のとおり受給すべき事由が消滅しましたので届け出ます。

|       |           |                         |     |    |
|-------|-----------|-------------------------|-----|----|
| 提出年月日 | R 年 月 日   | ※手続き完了後、受給者宛てに通知文を発送します |     | 説明 |
| 受給者氏名 | 宛名番号      | 住所                      | 〒   |    |
|       | フリガナ      |                         |     |    |
| 生年月日  | S H 年 月 日 |                         | Tel |    |

|               |         |
|---------------|---------|
| 消滅の理由が発生した年月日 | R 年 月 日 |
|---------------|---------|

(消滅日によっては、返還金が発生する場合があります)

|  |   |   |  |  |  |  |
|--|---|---|--|--|--|--|
| 受給が消滅した理由<br>(該当箇所に☑を入れてください)  | <p>1. <u>児童について、次の事実が生じた</u></p> <p><input type="checkbox"/> (ア) 監護(養育)しなくなった</p> <p><input type="checkbox"/> (イ) 生計を同じくしなくなった</p> <p><input type="checkbox"/> (ウ) 生計を維持しなくなった</p> <p><input type="checkbox"/> (エ) 死亡した</p> <p><input type="checkbox"/> (オ) 日本国内に住所を有しなくなった(留学等を除く)</p> <p><input type="checkbox"/> (カ) 里親等への委託または児童福祉施設等への入所</p> <p><input type="checkbox"/> (キ) 児童が他市へ転出することによって監護(養育)しなくなった</p> <p><input type="checkbox"/> (ク) その他( )</p> | <p>1. の場合における児童の氏名を記入</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |  |
|  |   |   |  |  |  |  |
|  |   |   |  |  |  |  |
| <p>2. <input type="checkbox"/> ( <input type="checkbox"/> 受給者のみ・<input type="checkbox"/> 世帯全員 ) が日本国内に住所を有しなくなった(国外転出)<br/>※世帯全員海外転出 → 消滅通知の送付 ( <input type="checkbox"/> 必要・<input type="checkbox"/> 不要 )</p> <p>3. <input type="checkbox"/> ( <input type="checkbox"/> 受給者のみ・<input type="checkbox"/> 世帯全員 ) が他の市町村(特別区を含む)に転出した</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 受給者が公務員になった(辞令の写しの添付が必要になります)<br/>勤務先名及び部署名: _____<br/>代表番号(勤務先): _____</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 受給者変更(生計中心者の変更及び税・児童の保険の扶養者変更)</p> <p>6. <input type="checkbox"/> 未成年後見人でなくなった</p> <p>7. <input type="checkbox"/> 父母指定者でなくなった</p> <p>8. <input type="checkbox"/> その他( )</p> |   |   |  |  |  |  |

|                            |                 |                  |          |
|----------------------------|-----------------|------------------|----------|
| 金融機関変更 (※上記受給者以外の変更はできません) |                 | 有 (通帳コピーを添付) ・ 無 |          |
| 金融機関                       | 普通              | 銀行コード            | 口座名義     |
|                            | 銀行・農協<br>金庫・信組  |                  | <かか>     |
|                            | 本店<br>支店<br>出張所 | 支店コード            | ※受給者名義のみ |
|                            | 口座番号            |                  |          |

ここから下は記入しないでください

|         |         |      |         |       |        |
|---------|---------|------|---------|-------|--------|
| 処理区分    | 一般 職権   | 処理担当 | 該当支給月   | 支給額   | 現況届    |
| 決定年月日   | R 年 月 日 |      | まで      | ,000円 | 済・未・不要 |
| 新規認定申請日 | 受給者宛名番号 | 認定番号 | 新受給者支給月 | 年 月~  |        |

### <消滅による注意点>

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。）の受給事由が消滅した場合には、この届出は必要ありません。  
なお、1の（キ）又は8を選んだ場合、（ ）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は、この届出は必要ありません。
3. 1の（カ）は、里親等への委託又は児童福祉施設等への入所が2ヶ月以内（一時的）の期間を定めて行なわれたもので、ある一定の要件に該当する場合は、この届出は必要ありません。
4. 受給者が公務員となった場合は、その事実がわかる書類（辞令の写し等）を添付し、勤務先名及び連絡先もご記入ください。

児童手当・特例給付  
受給事由消滅届

|     |     |         |    |
|-----|-----|---------|----|
| 受付証 | 受付印 | 不足書類    | 確認 |
|     |     | 辞令の写し   |    |
|     |     | 通帳の写し   |    |
|     |     | その他( )  |    |
|     |     | 差止め月    |    |
|     |     | R 年 月 ~ |    |

No. 1

(あて先) 松戸市長

下記のとおり受給すべき事由が消滅しましたので届け出ます。

|       |   |                         |                   |                      |
|-------|---|-------------------------|-------------------|----------------------|
| 提出年月日 | R 年 月 日                                     | ※手続き完了後、受給者宛てに通知文を発送します |                   | 説明                   |
| 受給者氏名 | 宛名番号  | 住 所                     | 〒                 |                      |
|       | フリガナ <b>マツド タロウ</b><br>姓 <b>松戸 太郎</b> (自 署) |                         | <b>松戸市根本387-5</b> |                      |
| 生年月日  | (S) H <b>63年 12月 31日</b>                    |                         | TEL               | <b>090-0000-0000</b> |

|               |   |
|---------------|---|
| 消滅の理由が発生した年月日 | R <b>2年 12月 12日</b><br>(消滅日によっては、返還金が発生する場合があります) |
|---------------|---|

|                                   |   |                                 |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|
| 受給が<br>消滅した理由<br>(該当箇所に☑を入れてください) | 1. <u>児童について、次の事実が生じた</u>   | 1. の場合における児童の氏名を記入<br><b>一郎</b> |
|                                   | <input checked="" type="checkbox"/> (ア) 監護(養育)しなくなった  |                                 |
|                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・転出の場合、受給者のみか世帯全員かに分けたのでどちらかに○記入してください。</li> <li>・消滅通知を送付について<br/><b>必要</b> ⇒ 送付してほしい<br/><b>不要</b> ⇒ 送付しなくてもいい</li> </ul> |                                 |
|                                   | 2. <input type="checkbox"/> (□ 受給者のみ・□ 世帯全員) が日本国内に住所を有しなくなった (国外転出)<br>※世帯全員海外転出 → 消滅通知の送付 (□ 必要・□ 不要)   |                                 |
|                                   | 3. <input type="checkbox"/> (□ 受給者のみ・□ 世帯全員) が他の市町村(特別区を含む)に転出した  |                                 |
|                                   | 4. <input type="checkbox"/> 受給者が公務員になった(辞令の写しの添付が必要になります)<br>勤務先名及び部署名: _____<br>代表番号(勤務先): _____   | ・特別な理由がない限り「その他」に記入とはなりません。     |
|                                   | 5. <input type="checkbox"/> 受給者変更(生計中心世帯主等の変更)  |                                 |
|                                   | 6. <input type="checkbox"/> 未成年後見人でなくなった<br>7. <input type="checkbox"/> 父母指定者でなくなった<br>8. <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                                 |

|                            |               |   |
|----------------------------|---------------|---|
| 金融機関変更 (※上記受給者以外の変更はできません) |               | 有 (通帳コピーを添付) ・ 無                        |
| 金融機関                       | 普通            | 千葉 銀行・農協 金庫・信組 ○○ 本店 支店 出張所             |
| 口座番号                       | 0 1 2 3 4 5 6 | 銀行コード 口座名義 <カカ> <b>マツド タロウ</b> ※受給者名義のみ |

ここから下は記入し、ここに貼る。 ・現受給者以外には、振り込めません。

|         |         |      |         |       |            |
|---------|---------|------|---------|-------|------------|
| 処理区分    | 一般 職権   | 処理担当 | 該当支給月   | 支給額   | 支払済        |
| 決定年月日   | R 年 月 日 |      | まで      | ,000円 | 済 ・ 未 ・ 不要 |
| 新規認定申請日 | 受給者宛名番号 | 認定番号 | 新受給者支給月 | 年 月~  |            |