

No. _____

児童手当 受給事由消滅届

柏市長あて

受給者番号		提出年月日 R . .	受付確認年月日
宛名番号			

※太ワクの中をご記入ください

受給者 (養育者)	フリガナ			生年月日	S・H . .
	氏名				
	住所	柏市 Tel			

消滅した
受給事由

該当する
ものに○
を付けて
ください。

1. 受給者が他の市町村に転出した
2. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった
3. 受給者が子ども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(子どもの生計を維持する父母等の帰国)
6. 子どもについて、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の場合における子どもの氏名

消滅事由の発生した年月日

R 年 月 日

変更後
の住所

〒

電話 ()

1または
2の場合
記入して
ください

※支払希望金融機関の変更がある場合は下記に記入してください。

支払希望 金融機関名	金融機関コード		店番号	
	銀行 金庫 信組 農協 漁協		口座 番号	(普)
	口座名義 (カタカナ)	※受給者と同一名義の口座にのみお振込み可能です。		