児童手当　受給事由消滅届

認定番号	
受理日	
提出年月日	令和　　年　　月　　日

あて先　　新潟市長

受給者	住所	新潟市　　区		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	連絡先電話番号	（自宅・携帯・その他）

消滅事由 （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．　受給者が新潟市外に転出した 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．　受給者が公務員となった 5．　受給者が生計中心者でなくなった 6．　未成年後見人でなくなった 7．　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） 8．　児童について、次の事実が生じた ア．　死亡した イ．　監護しなくなった ウ．　生計を同じくしなくなった エ．　生計を維持しなくなった オ．　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） カ．　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 キ．　その他　（　　） 9．　その他　（　　）
事由発生日	年　　月　　日

注：太枠の枠内のみ記入してください。

市処理欄	消滅開始年月	令和　　年　　月	未支払手当	有　・　無 ※有の場合　口座解約（未・済）
	備　考			