

児 童 手 当 受 給 事 由 消 滅 届

(宛先) 上越市長

提 出 年 月 日

令和

受
給
者

(ふりがな)

氏 名

(署名または記名押印)

住 所

生年月日

昭和

平成

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
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

平成・令和

備

考

●転出の方で口座解約等により振込口座を変更される方は下記に記入してください。

銀行名	支店名	種別	口座番号	口座名義(カナ)

●受給者氏名変更（予定）の方のみ記入してください。

口座名義(カナ)	変更（予定）日
	令和 . .

※振込口座は受給者名義に限りません。

※受 付

◎ 字は、楷書（かいしよ）ではっきり書いてください。

◎ 記載された個人情報は、児童手当に関する業務以外には使用しません。

※ 必ず現在の受給者本人がご記入ください。現在の受給者本人が直接ご提出できない場合はお問い合わせください。

※ 受給者が記入した消滅届ではないことが判明した場合、無効となりますのでご注意ください。