

子ども手当 受給事由消滅届

受給者番号

(あて先) 富士見市長

提出年月日

平成 . .

様式第8号 (第9条関係)

受給者	(ふりがな)		生年月日	昭和 . . 平成 . .
	氏名			
	住所	富士見市 電話 ()		
消滅した受給事由	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 (転出先) 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 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所 ⑦ その他 () 7. その他 ()			
	該当するものを○で囲んでください			
	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			平成 . .
備考				

※太枠内のみ記入してください