

児童手当用（見本） 市外転出（消滅）する場合

育成 ※印は、記入しなくても可
窓口に提出する日をご記入ください。

提出年月日 ※受付確認年月日

稲城市長 殿

令和 〇 . 〇 . 〇

令和 . . .

受給者	(ふりがな) 氏名	いなぎ なしのすけ 稲城 梨之助	生年月日	昭和 平成 50 . 4 . 1
	住所	稲城市 大丸777-101 電話 042 (378) 7777		

消滅した受給事由	ア. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった
	<input checked="" type="radio"/> イ. 受給者が他の市町村(区を含む)に転出した ウ. 受給者が児童手当の受給者(保護者)の氏名・住所を(を除く)ご記入ください。 エ. 児童について (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)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)里親への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院 (キ)その他 () オ. その他 ()

転出先の連絡先をご記入ください。(電話番号は携帯電話でも可)

消滅事由の発生した年月日	令和 〇 . 〇 . 〇
--------------	--------------

備考	転出の場合 ・ 転出先の住所 (多摩市多摩111-202) ・ 連絡の取れる電話番号 042 - 378 - 6666
	申請者の変更の場合 ・ 新申請者の氏名 ()

- ◎ ※印の欄は、記入しないでください。
- ◎ 字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。