

様式第10号（第7条関係）

児童手当 受給事由消滅届		提出年月日	※受付確認年月日
稲城市長 殿		令和 . .	令和 . .
受 給 者	(ふりがな) 氏 名	生年月日	昭和 . . 平成 . .
	住 所		稲城市 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)		ア. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった イ. 受給者が他の市町村（特別区を含む）に転出した ウ. 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） エ. 児童について、次の事由が生じた (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) 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 (婚姻のため 主な生計者の変更のため)	
エの場合における児童の氏名			
消滅事由の発生した年月日		令和 . .	
備 考	転出の場合 ・ 転出先の住所 () ・ 連絡の取れる電話番号 — — 申請者の変更の場合 ・ 新申請者の氏名 () ・ 生年月日 昭和・平成 年 月 日		

◎ ※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。