

様式第10号（第7条関係）

児童手当・特例給付 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。