

受 付 印

児童手当受給事由消滅届

函館市福祉事務所長 様

※ 太わくの中を記入して下さい。

提出年月日

令和

年

月

日

受
給
者

(ふりがな)

氏 名
(法人名等)

生
年
月
日

昭和
平成

年

月

日

住 所
(法人の主たる
事務所の所在地)

函館市

町

丁目

番

号

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

児童の氏名：

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、里親等への委託または児童福祉施設等への入所もしくは入院した

⑦ その他

(

)

7. その他

(

)

〔
○ 該当する番号を
囲んでください。
〕

消滅事由の発生した年月日

令和

年

月

日

備
考

受
付

審
査

入
力

注意

- 1 受給者が函館市以外（特別区を含みます。）の市町村に住所を変更したことにより、児童手当等（児童手当および特例給付をいいます。以下同様です。）の受給事由が消滅した場合で、その住所の変更について、転出届に児童手当等の受給者であることを書いて提出した場合にはこの届は提出する必要はありません。
なお、6の⑦または7を○で囲んだ場合は（ ）内にその理由を具体的に記入してください。
- 2 全ての児童が18歳に達する日以後最初の3月31日を経過したことにより、児童手当等の受給事由が消滅した場合、この届を提出する必要はありません。
- 3 6の⑥は児童自立生活援助、里親等への委託または児童福祉施設等への入所もしくは入院が2月以内の期間を定めて行われたものである等一定の要件に該当する場合は該当せず、この届を提出する必要はありません。