

- 児童手当・特例給付
- 乳幼児等医療費助成

受給事由消滅届

受付印

文京区長 殿		提出年月日 年 月 日
受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	生年月日 年 月 日
	住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒 - 電話 ()
消滅した受給事由	<p>1. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった</p> <p>2. 受給者が他の市町村（特別区を含む）に転出した</p> <p>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）</p> <p>4. 未成年後見人でなくなった</p> <p>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）</p> <p>6. 児童について、次の事実が生じた</p> <p style="margin-left: 20px;">① 死亡した</p> <p style="margin-left: 20px;">② 監護しなくなった</p> <p style="margin-left: 20px;">③ 生計を同じくしなくなった</p> <p style="margin-left: 20px;">④ 生計を維持しなくなった</p> <p style="margin-left: 20px;">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）</p> <p style="margin-left: 20px;">⑥ 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院</p> <p style="margin-left: 20px;">⑦ その他 ()</p> <p>7. その他 ()</p>	
	6 の場合における児童の氏名	
	消滅事由の発生した年月日	年 月 日
備考		

◎ 字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。

処理欄	児童手当		乳幼児等医療費助成	
	番号		番号	医療証
	処理日		処理日	回収済
				未回収 期間訂正