

受付印

- 児童手当
- 乳幼児等医療費助成

受給事由消滅届

提出年月日

年 月 日

文京区長 殿

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	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 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
	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、里親等へ委託され、又は児童福祉施設等へ入所し、若しくは入院した。 ⑦ その他 () 7. その他 ()

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