

※認定番号

※受付年月日

太枠内にご記入ください。
字は楷書ではっきりと書いてください。
裏面の注意をよく読んでから記入してください。

※	入力	確認①	確認②

記 載 要 領

- 1 消滅した受給事由のうち、カの7又はクを○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 すべての児童が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 「生年月日」の欄は、受給者が法人である場合は記入する必要はありません。
- 4 カの6は、児童自立生活援助、里親等への委託又は施設等への入所若しくは入院が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、この届を提出する必要はありません。

本人承諾確認届

この届出は受給者本人の同意に基づいて、受給者本人の代理人として、手続きをします。

①から③までの項目を確認の上、該当する口にチェックをしてください。

なお、①から③までの口のいずれかにチェックがない場合は消滅届として認められません。

また、受給者本人の同意がないまま、記入された場合も代理行為として認められないので、ご注意ください。

☐ ①受給者本人に児童手当の消滅の手続きを代理で行うことを伝えています。

☐ ②受給者本人は児童手当の受給権が消滅することに同意しています。

☐ ③上記①及び②について間違いありません。

令和 年 月 日

代理人住所

代理人氏名

代理人生年月日 S ・ H 年 月 日

代理人連絡先

※ 受給者本人の同意がないまま、児童手当の受給者を切り替えられた場合、児童手当の返還金が発生する場合がありますので、ご注意ください。