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

※認定番号

（　　）

（あて先）大津市長

※受付年月日

提出年月日（今日の日）	消滅の事由が発生した日 （※この月分で手当は終わります）
令和　　・　　・	・　　・

受給者	（ふりがな）		生年月日	昭和 平成　　.　　.
	氏　名			
	住　所	大津市 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．未成年後見人でなくなった オ．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） カ．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．里親等への委託又は児童福祉施設等への入所 7．その他　（　　） キ．公務員になった（勤務先：　　連絡先：　　） ク．その他（　　）
イの場合における今後の連絡先	（住所） 〒　　－ （連絡先）　　（　　）
ウ～カの場合における児童の氏名	
※備　　考	

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又はクを〇で囲んだ場合は、(　　)内にその理由を具体的に記入してください。

2　「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。

3　カの6は、里親等への委託又は施設等への入所が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、手続をします。

①から③までの項目を確認の上、該当する□にチェックをしてください。

なお、①から③までの□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ませんので、注意ください。

□ ①受給者本人に児童手当の消滅の手続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、注意ください。