様式第10号（第7条関係）

□ 児童手当
□ 乳幼児・子ども・高校生等医療証

受給事由消滅届

新宿区長　　あて

提出年月日	※受付確認年月日
・　・	・　・

受給者	（ふりがな） 氏名		生年月日	・　・
	住所	〒　－ 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）	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、里親等への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院した 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	
備考	

※　字は楷書(かいしょ）ではっきり書いてください。

児手							
医							

入力		決定		確認	

（日本産業規格Ａ列４番）