

記入例

児童手当・特例給付

支給事由消滅届
額改定届（減額）

消滅または減額に✓をしてください。

受給者	氏名	深谷 太郎	生年月日	昭和 2 年 4 月 1 日 平成
	住所	深谷市 仲町11番1号 電話 048 (574) 6646		

減額又は消滅の対象となる児童

氏名	生年月日	児童との関係で、該当する場合に○印
深谷 百合	平成 30 年 6 月 1 日 令和	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
深谷 栄一	平成 2 年 10 月 1 日 令和	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
	平成 年 月 日 令和	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
	平成	・未成年後見人 ・父母指定者

減額に関わる児童について記入してください。

減額又は消滅した理由について、該当するものに○をしてください。

減額又は消滅した理由	ア. 受給者が他の市区町村に転出した イ. 受給者又は児童が死亡した ウ. 児童を養育しなくなった エ. 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） オ. 未成年後見人でなくなった カ. 受給者が公務員になった	キ. 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） ク. 児童福祉施設等への委託・入所・入院 ケ. 児童と同居しなくなった（単身赴任の場合を除く） コ. 生計中心者の変更 サ. その他（ ）
	事由の発生した年月日 令和 3 年 1 月 1 日	

受付印	減額又は消滅した理由の発生した日付を記入してください。	決定年月	手当月額
		中学生分	,000 円
		3歳以上小学校修了前分	,000 円

郵送で提出される場合は、こども青少年課に届いた日が請求日・受付日となりますのでご注意ください。

郵送の場合のあて先
366-8501 深谷市仲町11番1号

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ 太枠内を記入してください。
- ◎ 字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。
- ◎ 記名押印に代えて、署名することができます。

区分

現況

改定 有（改定 有 減）

児童手当・特例給付

支給事由消滅届
額改定届（減額）

深谷市長 宛て

現況届提出済

受給者	(フリガナ) 氏名	昭和 平成	年	月	日
	住所	深谷市 電話 ()			

減額又は消滅の対象となる児童

氏名	生年月日	児童との関係で、該当する場合に○印
	平成 令和 年 月 日	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
	平成 令和 年 月 日	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
	平成 令和 年 月 日	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
	平成 令和 年 月 日	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
	平成 令和 年 月 日	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母

減額又は消滅した理由	ア. 受給者が他の市区町村に転出した イ. 受給者又は児童が死亡した ウ. 児童を養育しなくなった エ. 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） オ. 未成年後見人でなくなった カ. 受給者が公務員になった キ. 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） ク. 児童福祉施設等への委託・入所・入院 ケ. 児童と同居しなくなった（単身赴任の場合を除く） コ. 生計中心者の変更 サ. その他（ ）
------------	---

事由の発生した年月日	令和 年 月 日
------------	----------

受付印	審査	処理日	改定年月	手当月額
		R . .	R .	中学生分 3歳以上小学校修了前分 3歳未満分 計

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ 太枠内を記入してください。
- ◎ 字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。
- ◎ 記名押印に代えて、署名することができます。

区分	減額 ・ 消滅	認定番号
----	---------	------

現況届審査済 改定 無
改定 有（改定→消滅）

注意

- 1 この用紙は、受給者が養育する児童(18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。)に異動があり、その結果、児童手当等(児童手当及び特例給付をいいます。以下同様です。)の額が減額・消滅する場合に、その減額・消滅の原因となる児童について記入の上、提出してください。
- 2 「氏名」の欄は、受給者が個人である場合は氏名を、法人である場合は法人名及び代表者氏名を記入してください。
- 3 「住所」の欄は、受給者が個人である場合は住民票上の住所を、法人である場合は主たる事務所の所在地を記入してください。
- 4 「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。
- 5 「減額又は消滅した理由」の欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。(※「ク. 児童福祉施設等への委託・入所・入院」については、委託、入所又は入院が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該当せず、支給事由消滅届・額改定届を提出する必要はありません。)
- 6 「事由の発生した年月日」の欄は、「減額」又は「消滅」の事由の発生した年月日を記入してください。