様式第９号（第９条関係）

（表面）

子ども手当　受給事由消滅届（施設等受給者用）

殿

受給者	（ふりがな） 設置者等の氏名（法人名等）	㊞	生年月日	明治 大正 昭和 平成　・　・	提出年月日 平成　・　・	※受付確認年月日 平成　・　・
	施設等の名称		施設等の種類		設置者等の住所地（法人の主たる事務所の所在地）	〒　－ 電話　（　）
					施設等所在地又は里親住所地	〒　－ 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．施設等を廃止した、里親登録が消除された等 イ．施設等の所在地又は里親の住所を他の市町村（特別区を含む）に変更した ウ．全ての子どもが施設入所等子どもでなくなった エ．その他　（　）					
消滅事由の発生した年月日	平成　・　・					
備考						

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎　※印の欄は、記入しないでください。
◎　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。

（日本工業規格Ａ列４番）

（裏面）

注意

1　受給者が他の市町村（特別区を含みます。）に住所を変更したことにより子ども手当の受給事由が消滅した場合で、その住所の変更について、転出届に子ども手当の受給者であることを書いて提出した場合には、この届は提出する必要はありません。なお、６の⑦又は７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　６の⑥は、里親等への委託又は児童福祉施設等への入所が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該当せず、この届を提出する必要はありません。

備考
1．必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。
2．受給資格者に周知することにより、注意事項を省略することができる。