

## 児童手当 受給事由消滅届

青 森 市 長 様		提出年月日		※受付確認年月日	
		. .		. .	
受 給 者	ふりがな			生年月日	. .
	氏名 <small>(法人名等)</small>				
	住所 <small>(法人の主たる 事務所の所在地)</small>	〒			
	支払金融機関		電話 ( )		
		銀 行		本 店	
		信用金庫		支 店	
		信用組合			
		解約する ・ 解約しない			
		※解約する場合は、新口座を連絡願います。			
消滅した 受給事由  該当する ものを○ で囲んで 下さい。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった</li> <li>2. 受給者が他の市町村（特別区を含む。）に転出した</li> <li>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。）</li> <li>4. 未成年後見人でなくなった</li> <li>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）</li> <li>6. 児童について、次の事実が生じた             <ol style="list-style-type: none"> <li>①死亡した</li> <li>②監護しなくなった</li> <li>③生計を同じくしなくなった</li> <li>④生計を維持しなくなった</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>⑦その他 ( )</li> </ol> </li> <li>7. その他 ( )</li> </ol>				
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					