

（表面）

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |

児童手当・特例給付 受給事由消滅届

（あて先）八戸地域広域市町村圏事務組合管理者

| |
|-------|
| 提出年月日 |
| 年 月 日 |

| | | | | |
|-----------------|---|-------------------|-----------|--------------------------|
| 受給者 | (フリガナ) | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏名 | (印) | | |
| | 住所 | 電話 () | | |
| 受給事由が 消滅した理由 | <p>ア. 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。）</p> <p>イ. 未成年後見人でなくなった</p> <p>ウ. 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）</p> <p>エ. 子どもについて、次の事実が生じた</p> <p>(ア)死亡した</p> <p>(イ)監護しなくなった</p> <p>(ウ)生計を同じくしなくなった</p> <p>(エ)生計を維持しなくなった</p> <p>(オ)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）</p> <p>(カ)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</p> <p>(キ)その他 ()</p> <p>オ. その他 ()</p> | | | |
| エの場合における児童の氏名 | | | | |
| 消滅事由の発生した年月日 | | 年 月 日 | | |
| 口座変更 | 振込先 金融機関 | 銀行 信用金庫 () | 支店 出張所 | (フリガナ) 口座名義人 (受給者) |
| | 店番 | 口座番号 | | |
| 備考 | | | | |

◎ 太線で囲まれている欄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。
 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

(裏面)

注意

- 1 「エ」の(キ)又は「オ」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 全ての児童が15歳に達する日以後最初の3月31日を経過したことにより、児童手当等の受給事由が消滅した場合、この届を提出する必要はありません。
- 3 「エ」(カ)は、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。