様式第９号

児童手当・特例給付　受給事由消滅届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 青　森　県　知　事　殿　　（職員番号　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |  | | ※受付確認年月日 |
|  | ※ 確　 認　 欄 | | | 受  給  者 | | | 所属名 |  | | | | | | ・ ・ | | ・ ・ |
|  |  | 右  の  と  お  り  確  認  す  る | （ふりがな）  氏　　　　名 | | | | |  | | | 生年月日 | ・　　・ |
|  | | |
|  |  |
| 住　　　　所 | | | | |  | | | | |
|  |  | 消滅した受給事由 | | | | | | | | １．受給者が日本国内に住所を有しなくなった  ２．受給者が他の任命権者に転出した  ３．受給者が公務員でなくなった  ４．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）  ５．未成年後見人でなくなった  ６．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）  ７．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　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  　⑦　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ８．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
|  |  |
|  |  | | | |  | |  |
| 該当するもの  を○で囲んで  ください。 | | | | |  | |
| ・　　・  　起　　　　　　案 | | |
|  | | |
|  | | | |  |  | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| ７の場合における児童の氏名 | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | ・　　　・ | | | |
| 備  考 | | |  | | | | | | | | | |

　　注　意

１ この届には、消滅した事実を確認できる書類を添えて提出してください（ただし、消滅した受給事由が２及び３の場合は不要です。）なお、消滅した事実を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含みます。）によって青森県知事が確認することができるときは、当該書類を省略することができます。

　　なお、７の⑦又は８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　７の⑥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。

３　※印の欄は記入しないでください。