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。