

児童手当受給事由消滅届

弘前市長 様		提出年月日		※ 受付確認年月日	
		令和 . .		令和 . .	
受給者	(ふりがな) 氏名			生年月日	昭和 . . 平成 . .
	住所	弘前市大字 (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 受給者が日本国内に住所を有しなくなった				
	イ 受給者が他の市区町村に転出した				
	ウ 児童について、次の事実が生じた				
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 5px 0;"> 児童の氏名 </div>				
(ア) 18歳に達した日の属する年度が終了した					
(イ) 死亡した					
(ウ) 監護しなくなった					
(エ) その他 ()					
エ その他 ()					
消滅事由の発生した年月日			令和 . .		
備考	(転出の場合は、転出先の住所等を記入) (電話)				

- ◎ 字は楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。
- ◎ ※印の欄は、記入しないでください。

※市処理欄	支払方法	支払期間		支払金額		処理内容	
	口座振替	窓口払い	年 月分から		円	消滅処理年月日	
			年 月分まで			令和 . .	
	消滅通知年月日		令和 . .		消滅通知年月日		令和 . .
受付番号	確認	認定番号		区分	備考		