

児童手当 受給事由消滅届

(あて先) 仙台市長

提出年月日				受付確認年月日				認定番号			
令和	年	月	日	令和	年	月	日				

受給者	フリガナ									
	氏名					生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒 - 仙台市 区								
電話 ()										

消滅事由の発生した年月日	令和 年 月 日
--------------	----------

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. 受給者が他の市町村（特別区を含む。）に転出した
	ウ. 受給者が公務員になった 勤務先名 (令和 年 月 日付)
	エ. 受給者が亡くなった
	オ. 児童について、次の事実が生じた
	(ア) 18歳に達した日の属する年度が終了した 児童名 ()
	(イ) 亡くなった 児童名 ()
	(ウ) 監護しなくなった 児童名 ()
	(エ) 生計を同じくしなくなった 児童名 ()
	(オ) 生計を維持しなくなった 児童名 ()
(カ) 日本国内に住所を有しなくなった	
(キ) 児童自立生活援助を受け、施設に入所または里親に委託された	
(ク) その他 ()	
カ. 受給者変更 ()	

支払先金融機関	変更する ・ 変更しない	*変更する場合記入してください									
		金融機関名			支店名			口座名義 (カタカナ)			
		銀行 金庫 組合			本店 支店						
		金融機関コード			支店コード						
		口座種別	普通 ・ 当座	口座番号							

*太枠の中を記入してください。

仙台市記入欄		
終了年月	支払日	備考
R . .	R . .	
消滅年月日	通知年月日	
R . .	R . .	