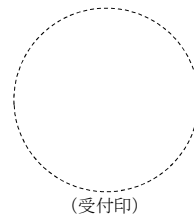


児童手当 異動届

神戸市 福祉事務所長あて



(受付印)

		令和6年 8月 1日提出			
受給者	氏名	フリガナ コウベ ハナコ 神戸 花子	認定番号		
	住所	神戸市中央区加納町0丁目0番0号 (電話 090-000-000)	生年月日	昭和50年 7月 8日	
異動年月日		令和6年 8月 1日			
異動事項		異動前	異動後		
		<input type="checkbox"/> 世帯全員 <input checked="" type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 配偶者			
<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 振込口座 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 加入年金		同上	東京都A区B町0丁目0番0号		
<input type="checkbox"/> 婚姻	氏名	フリガナ	養子縁組	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	別居住所	[別居の場合のみ記入]	電話		
	職業	ア 会社員等(被用者) イ 公務員 ウ その他(自営・パート・無職)	勤務先名		
	令和 年1月1日時点の住所 1. 神戸市内 2. 他市区町村() ※2の場合、個人番号で課税情報を確認します。		個人番号		
<input type="checkbox"/> 離婚	氏名	フリガナ	(. . 生)		
<input checked="" type="checkbox"/> 資格消滅 <input type="checkbox"/> 額改定(減額)	理由	1 受給者が日本国内に住所を有しなくなった 2 受給者が他の市区町村に転出した(転出予定日 令和6年 8月 1日) 3 受給者が公務員になった 4 支給要件児童について、次の事実が生じた (ア) 死亡した (イ) 日本国内に住所を有しなくなった (イ) 監護しなくなった (留学の場合を除く) (ウ) 生計を同じくしなくなった (カ) 施設入所等児童になった (エ) 生計を維持しなくなった (キ) その他 () 5 その他 ()			
		氏名	生年月日	理由	発生日
				(ア)(イ)(ウ)(エ)(オ)(カ)(キ)	. .
			(ア)(イ)(ウ)(エ)(オ)(カ)(キ)	. .	
備考					
上記のとおり届出がありましたので、右のとおり決定し、届出者あてその旨、通知してよろしいか。		処理年月日	年 月 日		
		確認 消改 減定	課長	係長	係
消滅年月日		改定年月	算定基礎児童数		手当月額
年 月 日		年 月	人		円
消滅・改定通知年月日					
年 月 日		分			