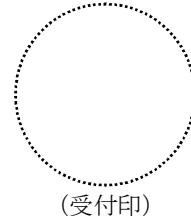
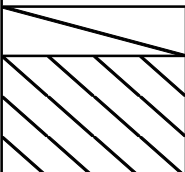


児童手当・特例給付 異動届

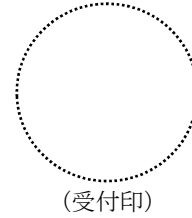


神戸市 福祉事務所長あて

提出年月日	令和 5年 4月 3日	認定番号					
受給者	フリガナ	コハ 太郎					
	氏名	神戸 太郎					
	生年月日	昭和・平成	50年 7月 8日				
	電話番号	090-9999-9999					
異動年月日	令和 5年 4月 1日						
異動事項	異動前		異動後				
<input type="checkbox"/> 住所	神戸市 東灘 区 御影0丁目0番0号		神戸市 中央 区 加納町0丁目0番0号				
<input type="checkbox"/> 氏名							
<input type="checkbox"/> 振込先	金融機関名	支店名	店番号	金融機関名	支店名	店番号	
	口座番号	口座名義(カナ)		口座番号	口座名義(カナ)		
備考					世帯員変更	振込先変更	現況届
					有 無	有 無	済 未

上記のとおり届出がありましたので、右のとおり決定し、 _____保健福祉部長 () あてその旨、通知し、台帳移管してよろしいか。	令和 年 月 日				
	部長	課長	係長	係	
	_____保健福祉部長 () より移管書類 及び 伝達事項				

児童手当・特例給付 異動届



神戸市 福祉事務所長あて

提出年月日	令和 5年 4月 3日	認定番号					
受給者	フリガナ	コベ 知					
	氏名	神戸 太郎					
	生年月日	昭和・平成	50年 7月 8日				
	電話番号	090-9999-9999					
異動年月日	令和 5年 4月 1日						
異動事項	異動前		異動後				
<input checked="" type="checkbox"/> 住所	神戸市 東灘区 御影0丁目0番0号		神戸市 中央区 加納町0丁目0番0号				
<input type="checkbox"/> 氏名							
<input type="checkbox"/> 振込先	金融機関名	支店名	店番号	金融機関名	支店名	店番号	
	口座番号	口座名義(カナ)		口座番号	口座名義(カナ)		
備考					世帯員変更	振込先変更	現況届
					有 無	有 無	済 未
上記のとおり届出があり、 _____保健福祉部長（ _____ ）より 台帳等の移管がありましたので、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。				令和 年 月 日			
				部長	課長	係長	係
電算入力	通知	_____保健福祉部長（ _____ ）より移管書類 及び 伝達事項					
令和 年 月 入力	令和 年 月 日						