様式第４号

児童手当・特例給付　異動届

（受付印）

神戸市　　福祉事務所長あて

令和５年 4 月 3 日提出

受給者	氏名	フリガナ コウベ タロウ 神戸　太郎	認定番号	999999999
			生年月日	昭和50年 7 月 8 日
	住所	神戸市中央区加納町０丁目０番０号	（電話　　）	
異動年月日		令和５年 3 月 31 日		

異動事項	異動前	異動後
	☑世帯全員　☐受給者　☐児童　☐配偶者	
☐ 住所 ☐ 振込口座 ☐ 氏名 ☐ 加入年金	同上	東京都Ａ区Ｂ０丁目０番０号

☐ 婚姻

氏名	フリガナ （　．　．　生）	養子縁組	☐ 有 ☐ 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	

☐ 離婚

氏名	フリガナ （　．　．　生）

☐ 資格消滅

☐ 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５年 3 月 31 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　(ｵ) 日本国内に住所を有しなくなった（留学の場合を除く）
　(ｲ) 監護しなくなった
　(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	発生年月日
	・　・	(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	部長	年月日 課長	係長	係
確認 消滅 改定				

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	分から		