

児童手当・特例給付 異動届



神戸市 福祉事務所長あて

(受付印)

令和5年4月3日提出

受給者	氏名	フリガナ <u>コウベ ハナコ</u> 神戸 花子		認定番号	999999999		
	住所	神戸市中央区加納町0丁目0番0号 (電話 090-0000-0000)		生年月日	昭和50年7月8日		
異動年月日		令和5年3月31日					
異動事項		異動前		異動後			
<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 振込口座 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 加入年金	<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 checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 加入年金		神戸 花子		中央 花子		
<input type="checkbox"/> 婚姻	氏名	フリガナ _____ (. . . 生)			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	<input type="checkbox"/> 会社員等(被用者) <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 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 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 年 月 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 (ウ) 監護しなくなった (エ) (留学の場合を除く) (オ) 生計を同じくしなくなった (カ) 施設入所等児童になった (キ) 生計を維持しなくなった (ク) その他 () 5 その他 ()					
		氏名	生年月日	理由	発生日月日		
			・	(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		年月日	
				確認 消改 定	部長	課長	係長
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					
年 月 日		分から					