

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)

		年 月 日提出		
受給者	氏名	フリガナ		
	住所	認定番号	生年月日	
		(電話)		
異動年月日		年 月 日		
異動事項		異動前 異動後		
		<input type="checkbox"/> 世帯全員 <input 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				
<input type="checkbox"/> 婚姻	氏名	フリガナ		
	別居住所	[別居の場合のみ記入]	養子縁組 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	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		
<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(留学の場合を除く) (イ) 監護しなくなった (ロ) 施設入所等児童になった (ロ) 生計を同じくしなくなった (ハ) その他() (エ) 生計を維持しなくなった (ニ) その他() 5 その他()		
		氏名	生年月日	理由
				発生年月日
			(ア)(イ)(ロ)(エ)(オ)(カ)(キ)	・
		(ア)(イ)(ロ)(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	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		確認改定		
年 月 日 年 月 日		人 円		
消滅・改定通知年月日		年 月 日から		
年 月 日		人 円		