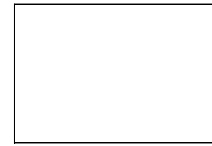


児童手当・特例給付 異動届



(受付印)

神戸市 福祉事務所長あて

平成 31 年 4 月 1 日提出

受給者	氏名	(フリガナ) カベ 知 神戸 太郎 (印) 神戸 認定番号		
	住所	神戸市中央区加納町0丁目0番0号 (電話 090-9999-9999)		
異動年月日		平成 31 年 3 月 28 日		
異動事項		異動前	異動後	
<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 口座番号				
<input type="checkbox"/> 資格消滅 <input checked="" type="checkbox"/> 額改定	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 受給者が児童と別居することとなった (単身赴任の場合を除く) 4 受給者が公務員になった 5 受給者が未成年後見人または父母指定者でなくなった 6 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 (留学の場合を除く) (エ) 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 () 7 その他 ()		
	氏名	生年月日	理由	発生前年月日
	神戸 四郎	平成 27 . 10 . 10	(ア) (イ) (ウ) (エ) (イ) (カ) (キ)	平成 31 . 3 . 28
		平成 . .	(ア) (イ) (ウ) (エ) (イ) (カ) (キ)	平成 . .
備考				口座変更 有・無 職業変更 有・無

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		平成 年 月 日			
	確 消 改	認 減 定	部長	課長	係長	係
消滅年月日	算定基礎児童数		手当月額			
平成 年 月 日						
改定年月						
平成 年 月分						
消滅・改定通知年月日						
平成 年 月 日	人		円			

記名押印に代えて、署名することができます。