

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) コベ 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 (オ) 日本国内に住所を有しなくなった (イ) 監護しなくなった (留学の場合を除く) (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 () 7 その他 ()		
	氏 名	生 年 月 日	理 由	発 生 年 月 日
	神戸 四郎	平成 27 . 10 . 10	(ア) (イ) (ウ) (エ) (オ) (カ) (キ)	平成 31 . 3 . 28
	平成 . .	(ア) (イ) (ウ) (エ) (オ) (カ) (キ)	平成 . .	

備考	口座変更 有・無	職業変更 有・無
	有 無	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 認 消 減 改 定	部 長	課 長	係 長
消 滅 年 月 日	算定基礎児童数	手 当 月 額		
平成 年 月 日	人	円		
改 定 年 月				
平成 年 月分から				
消滅・改定通知年月日				
平成 年 月 日				

記名押印に代えて、署名することができます。