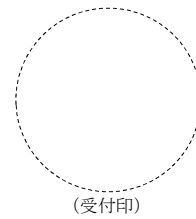


児童手当 異動届



(受付印)

神戸市 福祉事務所長あて

		令和6年 8月 1日提出	
受給者	氏名	フリガナ <u>コウベ ハナコ</u> 神戸 花子	
	住所	神戸市中央区加納町0丁目0番0号 (電話 090-000-000)	
異動年月日		令和6年 8月 1日	
異動事項		異動前	異動後
<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)	
	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( )	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(留学の場合を除く) (ウ) 監護しなくなった (エ) 施設入所等児童になった (オ) 生計を同じくしなくなった (カ) その他 ( ) (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
	発生年月日		
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	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
年 月 日	年 月	人	円
消滅・改定通知年月日	年 月 日から		
年 月 日			