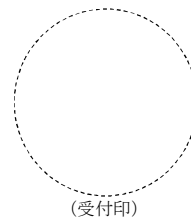


児童手当 異動届



神戸市 福祉事務所長あて

令和6年4月1日提出

受給者	氏名	フリガナ <u>コウベ タロウ</u> 神戸 太郎		認定番号	
	住所	(電話 078-123-4567) 神戸市中央区加納町1丁目2番3号			
	異動年月日	令和6年4月1日			
異動事項		異動前	異動後		
<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"/> 世帯全員 <input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 配偶者			
<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	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 checked="" 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 (ウ) 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 5 その他 ()		
氏名		生年月日	理由	発生日月日	
				(ア)(イ)(ウ)(エ)(ロ)(ハ)(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	課長	係長
			減定		
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 日から	人	円	
消滅・改定通知年月日					
年 月 日					