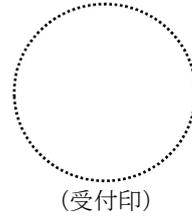


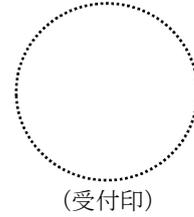
児童手当 異動届



神戸市 福祉事務所長あて

提出年月日		令和 6年 8月 1日			認定番号												
受給者	フリガナ	コウベ タロウ															
	氏名	神戸 太郎															
	生年月日	昭和・平成			50年 7月 8日												
	電話番号	090-9999-9999															
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"/> 住所		神戸市 東灘 区 御影0丁目0番0号				神戸市 中央 区 加納町0丁目0番0号											
<input type="checkbox"/> 氏名																	
<input type="checkbox"/> 振込先		金融機関名		支店名		店番号		金融機関名		支店名		店番号					
		口座番号				口座名義(カナ)				口座番号				口座名義(カナ)			
備考								世帯員変更		振込先変更		現況届					
								有 無		有 無		済 未					
上記のとおり届出がありましたので、右のとおり決定し、_____保健福祉課長（_____）あてその旨、通知し、台帳移管してよろしいか。						令和 年 月 日											
						課長		係長		係							
		_____保健福祉課長（_____）より移管書類 及び 伝達事項															

児童手当 異動届



神戸市 福祉事務所長あて

提出年月日	令和 6年 8月 1日	認定番号								
受給者	フリガナ	コウベ タロウ								
	氏名	神戸 太郎								
	生年月日	昭和・平成	50年 7月 8日							
	電話番号	090-9999-9999								
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"/> 住所	神戸市 東灘 区 御影0丁目0番0号		神戸市 中央 区 加納町0丁目0番0号							
<input type="checkbox"/> 氏名										
<input type="checkbox"/> 振込先	金融機関名	支店名	店番号		金融機関名	支店名	店番号			
	口座番号		口座名義(カナ)		口座番号		口座名義(カナ)			
備考					世帯員変更	振込先変更	現況届			
					有 無	有 無	済 未			
上記のとおり届出があり、 _____保健福祉課長 () より 台帳等の移管がありましたので、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。					令和 年 月 日					
					課長	係長	係			
電算入力	通知	_____保健福祉課長 () より移管書類 及び 伝達事項								
令和 年 月 入力	令和 年 月 日									