

児童手当 変更届

佐賀市長 様

提出年月日

受付確認年月日

※太枠の内側だけ記入して下さい。

受給者	フリガナ		生年月日	昭・平 . .
	氏名		電話	()
	住所			

変更事由	※該当する項目の番号を○で囲んでください。	<p>1. 被用者・非被用者の別が変更となった</p> <p>公的年金制度の種別 ア.厚生年金保険 イ.国民年金 ウ.私立学校教員職員共済 エ.その他()</p> <p>オ.地方公務員等共済(勤務先:) カ.国家公務員等共済(勤務先:)</p> <p>※3歳未満の児童に係る児童手当受給者のみ</p> <p>※オ.に該当する場合は、受給者の加入医療保険情報がわかるもの(※1)と勤務証明書を添付してください。</p> <p>※カ.に該当する場合は、受給者の加入医療保険情報がわかるもの(※1)を添付してください。</p> <p>※1 健康保険証、資格確認書、マイナポータルの医療保険の資格情報画面等</p> <p>2. 配偶者等情報について、次の事由が生じた</p> <p>① 婚姻した (児童との養子縁組 <input type="checkbox"/>有養子縁組日: <input type="checkbox"/>無)</p> <p>(配偶者氏名: _____ 生年月日: _____)</p> <p>(住所: _____)</p> <p>※配偶者の令和〇年1月1日住所地 ⇒ <input type="checkbox"/>同上 <input type="checkbox"/> (_____)</p> <p>② 佐賀市外に住所をもつ配偶者の氏名や住所が変更となった</p> <p>(配偶者氏名: _____ 生年月日: _____)</p> <p>(変更後: _____)</p> <p>③ 離婚した</p> <p>④ その他 ()</p>
------	-----------------------	---

変更事由の発生した年月日	令和 . .
--------------	--------

(備考)

	受給者番号	
	旧区分	被 ・ 非
	新区分	被 ・ 非
	受付	入力