

児童手当・特例給付 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	<p>※該当する項目の番号を○で囲んでください。</p> <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>※オ.に該当する場合は健康保険証の写しと勤務証明書を添付してください。</p> <p>※カ.に該当する場合は健康保険証の写しを添付してください。</p> <p>※3歳未満の児童に係る児童手当受給者のみ</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	
	特例給付	有・無	
	受付	入力	確認