

児童手当 氏名住所 等変更届

認定番号	
受付確認年月日	令和 年 月 日

(宛先)新潟市長

提出年月日	令和 年 月 日
-------	----------

受給者	変更前	氏名		職業	ア.被用者 ウ.被用者でない者 イ.公務員(勤務先:)
		住所	〒 - 電話 ()		
		公的年金制度の種類	ア.厚生年金保険(※) ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○を記入してください。 イ.国民年金 ウ.その他() () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済		
	変更後	氏名		職業	ア.被用者 ウ.被用者でない者 イ.公務員(勤務先:)
		住所	〒 - 電話 ()		
		公的年金制度の種類	ア.厚生年金保険(※) ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○を記入してください。 イ.国民年金 ウ.その他() () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済		
	変更年月日	令和 . .			
配偶者	変更前	氏名			
		住所	〒 - 電話 ()		
	変更後	氏名			
		住所	〒 - 電話 ()		
	変更年月日	令和 . .			
児童	変更前	氏名			
		住所	〒 - 電話 ()		
	変更後	氏名			
		住所	〒 - 電話 ()		
	変更年月日	令和 . .			
備考	変更前	氏名			
		住所	〒 - 電話 ()		
	変更後	氏名			
		住所	〒 - 電話 ()		
	変更年月日	令和 . .			
			住所	〒 -	
			受給者		
			氏名		

- ◎ 太枠の枠内のみ記入してください。
- ◎ 字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。