

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 . .				
	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			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 (かいじょ) ではっきり書いてください。