|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　　　号  　　　 年　　 月　　 日 | | | | | | |
| 市町村長 　殿  都道府県知事・指定都市市長　印  特別児童扶養手当受給資格者移管通知書  下記の受給資格者につき市町村長に移管されたから／市町村に移管するから    特別児童扶養手当受給資格者名簿を整備されたい。 | | | | | | |
| 記号・番号 | | | 旧住所地 | 第　　　　　　号 | | |
| 新住所地 | 第　　　　　　号 | | |
| 受　給　資　格　者　氏　名 | | | |  | | |
| 住　　所 | 変更前 | |  | | | |
| 変更後 | |  | | | |
| 旧住所地市町村への移管通知年月日 | | | | | 年　　月　　日 | |
| 新住所地市町村への移管通知年月日 | | | | | 年　　月　　日 | |
| 備　　　　考 | **固定文言１＋編集１** | | | | | |
| **自由記載１**  （お問合せ先） | | | | | | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | | | | | | |
| 住　　所 | | | 123-4567　●●市●●１－２－３ | | | |
| 電話番号  メール | | | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa | | | |