　　・　　・

特別児童扶養手当転出届

**固定文言1**

年 月　　日

氏　　名

**固定文言２**

◎　※、※※の欄は記入する必要がありません。

**固定文言２**

◎　字は書ではつきり書いてください。

（A列4番）

**自由記載１**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※経由  　市町村名 | | | | | | | | ※市区町村  　受付年月日 | | | | | | | | | | |
| ※市区町村　　　　　・　　・  　提出　　第　　　　　　　号 | | | | | | | | ※市区町村　　　　　　・　　・  　再提出　　第　　　　　　　号 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （フリガナ）  受給者の氏名 | |  | | | | | | | | | 記号・番号 | | | | 第　　　　　　号 | | | |
|  | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| 転出前住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 転出後住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、特別児童扶養手当の住所変更について届け出ます。  知事・市長　殿　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改定年月 | ※※  　　　年　　月 | | | | | | 対象障害児数 | | | | | | （1級）　　　　　人 | | | | | |
| （2級）　　　　　人 | | | | | |