

児童手当・特例給付

氏名
住所

等変更届

(宛先)新潟市長

※認定番号	
提出年月日	※受付確認年月日
令和 . .	令和 . .

受給者	変更前	氏名		職業	ア.被用者 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 イ.公務員(勤務先:)	
住所		〒 -	電話	()		
変更年月日		令和 . .				
配偶者	変更前	氏名		住所	〒 -	
		住所		電話	()	
	変更後	氏名		住所	〒 -	
		住所		電話	()	
変更年月日		令和 . .				
児童	変更前	氏名		住所	〒 -	
		住所		電話	()	
	変更後	氏名		住所	〒 -	
		住所		電話	()	
	変更年月日		令和 . .			
	変更前	氏名		住所	〒 -	
		住所		電話	()	
	変更後	氏名		住所	〒 -	
住所			電話	()		
変更年月日		令和 . .				
変更前	氏名		住所	〒 -		
	住所		電話	()		
変更後	氏名		住所	〒 -		
	住所		電話	()		
変更年月日		令和 . .				
備考			住所	〒 -		
			受給者	氏名		

◎ ※印の欄は、記入しないでください。
◎ 字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。