

児童手当・特例給付     児童育成手当  
 乳幼児     義務教育就学児     高校生等    医療費助成  
**申請事項変更(消滅)届**

**記入例**

狛江市長 宛て

変更事由		■■■■年〇月〇日    ■■■■年〇月〇日	
対象児童等氏名		狛江 花子 ・ 狛江 市郎	
1. 住所(市内転居) ※変更後住所	<input type="checkbox"/> 全員	狛江市 丁目	
	<input type="checkbox"/> 受給者(保護者) <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 対象児童等		
2. 氏名	新氏名	新しく加入された保険の情報	
	旧氏名		
3. 加入保険	記号・番号	1234	番号 5678 (校番) 03・04
	被保険者氏名	狛江 太郎	保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8
	保険者名	こまえ	支部 国民健康保険組合・共済組合 健康保険組合・健康保険協会
	変更前	職業 ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	公的年金制度の種別 ア. 厚生年金保険 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金    ウ. その他( ) ※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。 ( ) 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	職業 ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	公的年金制度の種別 ア. 厚生年金保険    イ. 国民年金    ウ. その他( ) ※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。 ( ) 私立学校教職員共済 ( ) 国家公務員共済 ( ) 地方公務員等共済	
4. その他	保護者変更( )→( )    配偶者( )→( ) 別居監護 開始 / 解消    その他( )		
変更年月日		■■■年 △月 △日	

ア…サラリーマン等会社員の方  
 イ…公務員の方  
 ウ…ア、イ以外(自営業・無職等)

消滅事由		新しい保険に加入した日 (保険証上の「資格取得年月日」)	
対象児童等氏名			
1. 日本国内に住所を有しなくなった	<input type="checkbox"/> 全員	【国外の場合】国内連絡先 〒	
	<input type="checkbox"/> 受給者(保護者)		
2. 他の市区町村に転出した	<input type="checkbox"/> 配偶者	新しい健康保険証の写しを添付してください	
	<input type="checkbox"/> 対象児童等		
3. 支給要件児童等について、次の事由が生じた	(ア) 死亡した    (イ) 監護しなくなった    (ウ) 生計を同じくしなくなった    (エ) 生計を維持しなくなった		
	4. その他		
消滅年月日		年 月 日	

上記のとおり、申請事項が変更(支給事由が消滅)しましたので、届出いたします。

■■■年 X月 X日

保護者の住所・電話番号・氏名

住所 狛江市 和泉本町 1 丁目 1 番 5 号 ハイツ101  
 電話番号 090-XXXXX-XXXXX  
 受給者(保護者)氏名 狛江 太郎

受付印

※市チェック欄

コピー済(育成・マル乳・マル子・高校生等)

医療証	公簿確認済	証交付
返却のお願い	児手 育成	<input type="checkbox"/> 後日郵送