

※整理番号	
※受付年月日	令和 年 月 日

## 児童手当（特例給付） 個人番号変更等申出書

(あて先) 佐渡市長

令和 年 月 日

受給者

住所 佐渡市

氏名

印

(受給者が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。)

下記のとおり、児童手当（特例給付）の受給にかかる個人番号の変更等について申し出ます。

該当する理由に☑印をつけ、変更内容を記入してください。		変更年月日	令和	年	月	日
<input type="checkbox"/> 受給者の個人番号を変更						
変更後の個人番号						
変更前の個人番号						
<input type="checkbox"/> 配偶者の個人番号を変更						
配偶者氏名		変更後の個人番号				
		変更前の個人番号				
<input type="checkbox"/> 児童の個人番号を変更						
児童氏名		変更後の個人番号				
		変更前の個人番号				
児童氏名		変更後の個人番号				
		変更前の個人番号				
児童氏名		変更後の個人番号				
		変更前の個人番号				
児童氏名		変更後の個人番号				
		変更前の個人番号				
児童氏名		変更後の個人番号				
		変更前の個人番号				
<input type="checkbox"/> 離婚等に伴う配偶者の個人番号消滅						
配偶者氏名		(備考)				
<input type="checkbox"/> 婚姻等に伴う配偶者の個人番号登録						
配偶者氏名		変更後の個人番号				

◎配偶者は、2人以上で児童を養育している場合の配偶者、未成年後見人、父母等（父母指定者の場合に限る）を含みます。