

児童扶養手当市外転出届
ひとり親家庭等医療費等助成資格喪失届

受付確認印

(あて先)松戸市長 下記のとおり届け出ます。

※太枠内をご記入ください

届出をする手続き(☑を入れる)			
<input type="checkbox"/> 児童扶養手当市外転出届			
<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費等助成資格喪失届			
届出日	西暦 令和 年 月 日		
届出者氏名(受給者氏名)		証書番号	
		受給者番号	
新住所			
旧住所	松戸市		
事由発生日	令和 西暦	年	月 日
転出理由(※その他の場合記述必須)		転出後の家族構成(※その他の場合記述必須)	
<input type="checkbox"/> 職場・学校に近い <input type="checkbox"/> 実家に戻る <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 親族と同居・別居 <input type="checkbox"/> その他()	
金融機関変更	<input type="checkbox"/> 有 ↓該当するものに☑		<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座の利用を希望する		※ 書類の添付不要
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座の利用を希望しない		※ 通帳またはキャッシュカードのコピーを添付
※ 支払月の前月の20日以降に提出された場合、または公金受取口座の変更・登録の抹消をされた場合は旧口座に振り込まれる可能性があります。ご注意ください。			

連絡票

上記の受給者が、貴市区町村へ転出しますので、下記事項をご連絡いたします。
記

転出予定日	令和 年 月 日
未支払い分	無し・有り(月 ~ 月)
現況届(令和 年度)	令和 年 月 日届出済
子育て世帯生活支援特別給付金	支給済・支給無(理由:)

松戸市 子ども部 子育て支援課 児童給付担当室 電話(直通)047-366-3127

子育て支援課確認欄(市記入欄)

添付書類	確認事項
<input type="checkbox"/> 金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー	<input type="checkbox"/> 住記打ち出し
	<input type="checkbox"/> 金融機関変更処理
	受付日 令和 年 月 日
	審査日 令和 年 月 日