

児童手当・特例給付 加入年金情報等変更届

						受付年月日		
受給者	氏名				生年月日	年 月 日		
	住所				電話番号			
	公的年金種別	ア 厚生年金 ※下記の共済組合に該当する場合は○をつけてください。 ()私立学校教職員共済 ()国家公務員共済 ()地方公務員等共済 イ 国民年金 ウ その他()						
	変更日	年 月 日						
	受給者 保険情報	保険種別	1 協会 2 組合 3 共済 4 昭島市の国保 5 国保組合 6 その他()				受給者との続柄	本人 本人外
		被保険者氏名			保険者情報	番号		
資格取得日				資格取得日	名称			
上記の通り、加入年金情報等変更の届出をします。 年 月 日 氏名 _____ (宛先) 昭島市長								
備考								

電算 / 通知 /

◎ 太枠の中を楷書ではっきり記入してください。