

## 江戸川区 2nd バースデーサポート事業に係る

## 郵送先変更届

下記のとおり、郵送先の変更を届け出ます。

令和 年 月 日

江戸川区長 あて

(届出者氏名)

※届出者は対象児と同一世帯の方に限る

(対象児との続柄) 父・母・その他 ( )

(届出者の電話番号)

※1 対象児	氏名：  生年月日： 年 月 日
住民票の 住所	郵便番号：  江戸川区
※2 郵送希望 住所	郵便番号：  ( ※3 様方)

※1 多胎のお子さんは、氏名を並記してください。

※2 郵送先変更届受取月の翌々月中旬から下旬頃、簡易書留でのご郵送となります。

※3「対象児」と「郵送希望住所の世帯主」の名字が異なる場合は、様方の前に「郵送希望住所の世帯主名」を記入してください。

【添付書類】 ①「江戸川区 2nd バースデーサポート申請書兼 2歳子育てアンケート」両面記入済み

②届出者の本人確認書類（免許証やパスポートなど写真付き1点又は写真なし2点）の写し

【提出先】 〒132-8507 東京都江戸川区中央4-24-19

江戸川区健康部健康サービス課母子保健係 宛

【お問合せ】 03-5661-2466（母子保健係）

区受付印欄