

# 東京都出産応援事業に係る

## 配付先変更届

下記のとおり、配付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) \_\_\_\_\_ 印

(対象児との続柄) 父 ・ 母 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

(届出者の電話番号) \_\_\_\_\_

※届出者は対象児と同一世帯の方に限る。

対象児	氏名： 生年月日： 年 月 日
住所 住民登録	郵便番号 江戸川区
住所 配付希望	郵便番号 ( _____ 様方)

※双子のお子さん、お二人の氏名を記載してください。

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

※ 添付書類（下記の書類も提出してください）

①母子健康手帳（出生届出済証明）のページの写し

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

※ お子様の出生月の翌月20日必着です。

【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 あて

【お問合せ】03-5661-2466（母子保健係）

区受付印欄