

江戸川区ファースト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。

____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：西暦 ____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 郵送先変更届の受取後、1～2 か月後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「江戸川区ファーストバースデーサポート事業申請書兼 1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