

児童手当 支給証明願

知多市長 様

次の受給者が、児童手当を受給していることの証明を願います。

				提出年月日	
				令和 . .	
証明を受ける 受給者	住所	知多市			
	電話番号 ()				
	ふりがな			生年月日	昭和 . . 年 . . 月 . . 日 平成
氏名					
証明期日	令和 . . 年 . . 月 . . 日 現在		通数	通 ※2通以上必要な場合のみ記入	
証明が必要な事項 (該当の項目全てに✓)	<input type="checkbox"/> 児童手当の受給資格があること及び支給月額 <input type="checkbox"/> 前年及び今年中の支給額 <input type="checkbox"/> その他 (. . 年 . . 月 から . . 年 . . 月の支給額)				
使用目的	<input type="checkbox"/> 奨学金等申請のため <input type="checkbox"/> その他 ()				
証明受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来庁 (. . 月 . . 日) ※原則として受付の2営業日後以降				
申請者 (窓口に来られた方) ※受給者本人でない場合	住所	知多市			
	<input type="checkbox"/> 受給者と同一 電話番号 ()				
	ふりがな			続柄	
氏名					

- ◎ 「証明期日」欄に記載された日現在の児童手当の支給状況を証明します。
- ◎ 字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。

課長	統括主任 (チーム長)		起案者	公印使用承認

別紙のとおり支給証明書を発行してよろしいか。