児童手当・特例給付 不支給証明願

知多市長 様

次の者が、児童手当・特例給付を受給していないことの証明を願います。

								提出	年月日	
							2	令和	•	•
証明を受ける者	住 所	知多市			電話	番号	()		
	ふりがな						昭和			
	氏 名					生年月日	• 平成	年	月	日
証明期日	令和	年	月	日	現在	通数	※ 2通	道以上必要な	通 場合のみ	記入
使用目的	□配偶者の		%先 •	住民	票のある	市区町村) に	提出する	ため)	
証明受取方法	□郵送	□来月	宁 (月	目) ※	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) ※本人でない場合のみ	住 所	□受給者と同一 所 知多市 電話番号 ()								
	氏 名					続柄				

- ◎ 「証明期日」欄に記載された日現在の児童手当・特例給付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	課長補佐	統括主任 (チーム長)	起案者	公印使用承認

別紙のとおり、不支給証明書を発行してよろしいか。