

児童手当 不支給証明願

知多市長 様

次の者が、児童手当を受給していないことの証明を願います。

				提出年月日	
				令和 . .	
証明を受ける者	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	
使用目的	<input type="checkbox"/> 配偶者の (勤務先 . . 住民票のある市区町村) に提出するため <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) ※本人でない場合のみ	住 所	<input type="checkbox"/> 受給者と同一 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、不支給証明書を発行してよろしいか。