課長	課長補佐 (チーム長)	

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
令和　　・　　・

証明を受ける者	住　所	知多市 電話番号　　（　　）		
	ふりがな 氏　名	印	生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日
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	□配偶者の（　勤務先　・　住民票のある市区町村　）に提出するため □その他（　　）			
証明受取方法	□郵送　　□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	□受給者と同一 知多市 電話番号　　（　　）		
	氏　名	印	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。
◎　記名押印に代えて、署名することができます。

受付