|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※経　　　由  市区町村名 | | ※市区町村  受付年月日 | | * ・ | |
| ※市区町村　　　　・　　　　・  提　　　出　　　　　第　　　　　号 | | ※市区町村　　　　　・　　　　・  再　提　出　　　　　　 第　　　　　号 | | | |
| 特別児童扶養手当受給証明申請書 | | | | | |
| （フリガナ）  受給者氏名 |  | | 記号・番号 | | 第　　　　　　号 |
|  | |
| 受給者住所 | 〒 | | | | |
| 理由 | **固定文言１** | | | | |
| 上記の理由により、特別児童扶養手当の受給者であることを証する証明書の発行を申請します。  年　　月　　日  氏　　名  電話番号  知事・市長　殿 | | | | | |

**固定文言２**

◎　※の欄は記入する必要がありません。

**固定文言２**

◎　字は書ではつきり書いてください。

（A列4番）

**自由記載１**