|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※経　　　由  市町村名 | | | | | | ※市町村  受付年月日 | | | | * ・ | | | | | | |
| ※市町村　　　　・　　　　・  提　　　出　　　　　第　　　　　号 | | | | | | ※市町村　　　　　・　　　　・  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 |  | | | | | | | 受給者記号・番号 | | | | 第　　　　　　号 | | | | |
|  | | | | | | |
| 受給者住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  秋田県知事 | | | | | | | | | | | | | | | | |

◎　※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）