

※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	.....	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

茨城県知事 殿

- ◎ ※の欄は記入する必要がありません。
- ◎ 字は楷書ではつきり書いてください。