

様式番号

※経 由 保健福祉センター	※保健福祉センター 受付年月日		
※保健福祉センター 提 出 第 号	※保健福祉センター 再 提 出 第 号		
<u>特別児童扶養手当受給証明申請書</u>			
(フリガナ) 受給者氏名	受 給 者 記号・番号		葉 特 第 号
	生 年 月 日		
受給者住所	〒		
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			
千葉市長 様			

◎ ※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。

(A列4番)