

公務員児童手当(本則給付)受給状況証明書

【申請者(公務員)】

住 所 四国中央市

氏 名

【公務員児童手当受給状況証明欄】 ※この欄は所属庁が記入しますので申請者は記入しないでください。

① 令和3年9月分の児童手当(本則給付)対象児童

氏 名	生 年 月 日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日

② 令和3年9月1日から令和4年3月31日までに生まれた児童手当(本則給付)対象児童

氏 名	生 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日

上記申請者が

①にかかる 令和3年9月分の児童手当(本則給付)受給者

②にかかる 令和 ____ 年 ____ 月分の児童手当(本則給付)受給者

であることを証明します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

証明欄 附番

証明者

印

【証明事務担当者欄】

担当課:

氏 名:

連絡先:

※対象児童がない場合は、空白欄に斜線を引いてください。