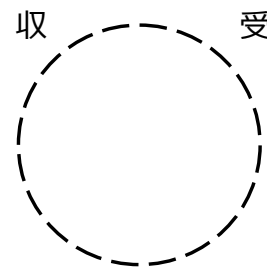


受給者証明書／支払証明書発行依頼

①(昨年1年)・②(直近3回)・③(1ヶ月)・④(直近1回)

※必要な期間を記入してもらってください

課長	係長	担当



提出日		令和 年 月 日	
窓口 に 来 ら れ た 方	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	住所	稲城市	
	電話 (日中の連絡先)	()	
受 給 者 に つ い て	証明書発行 手当名	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当 (証書番号) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (証書番号) <input type="checkbox"/> 児童育成手当 <input type="checkbox"/> 児童手当	
	フリガナ		
	受給者氏名		
	受給者 生年月日	昭和・平成	年 月 日
	受給者住所	稲城市	<input type="checkbox"/> 窓口に来た方と同じ
(支払証明書の場合) 証明が必要な期間		令和 年 月 日～令和 年 月	
理由 ↓ 提出先	<input type="checkbox"/> 都営交通 ⇒ 障害福祉課 <input type="checkbox"/> 就学援助 ⇒ 学校教育課 <input type="checkbox"/> 郵便預金 ⇒ 郵便局 <input type="checkbox"/> 都営住宅減免 ⇒ 東京都住宅供給公社 <input type="checkbox"/> 金融機関預金 ⇒ 金融機関 () <input type="checkbox"/> 職業訓練 ⇒ ハローワーク <input type="checkbox"/> 授業料減免 ⇒ 都立 () 高校 <input type="checkbox"/> 奨学金 ⇒ () <input type="checkbox"/> その他 () ⇒ 提出先 ()		
受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口		
職員記入欄			