

令和 ○○年 ○○月 ○○日

(あて先) 沼津市長

申請日を記入してください。

児童手当・特例給付の支給状況について (照会)

このことについて、下記の理由により、回答願います。

受給者とは児童手当が振り込まれている通帳の名義の方の事です。

記

ふがな	ぬまづ たろう		
受給者氏名	沼津 太郎		
受給者生年月日	昭和 ○○年 ○○	平成	○○年 ○○
受給者住所・電話番号	沼津市御幸町16-1 子育てアパート301号 (電話番号 ○○○-○○○)		
照会内容	<input type="checkbox"/> 令和○○年○○月分 ( 1 通) <input checked="" type="checkbox"/> 令和○○年○○月分～令和○○年○○月分 ( 1 通)		
照会理由 使用目的・提出先等	<input checked="" type="checkbox"/> 奨学金申請のため <input type="checkbox"/> その他 (		
申請者  <input type="checkbox"/> 受給者本人	代理人氏名	沼津 花子	受給者との続柄 妻
	代理人住所	沼津市御幸町16-1 子育てアパート301号	
	代理人電話番号	055-934-4827	

受給者に支払い済みの児童手当・特例給付のみ証明できます (最大2年間分)。必要な証明書にレ点、必要な期間・通数を記入してください。  
※必要な期間については提出先に確認してください。

該当するものにレ点を記入してください。その他の場合は目的・提出先を記入してください。

その申請者が受給者本人の場合はこちらにレ点を記入してください。レ点を記入した場合は、代理人の氏名、続柄、住所、電話番号の記入は不要です。

本人確認書類のコピー・委任状

返信用封筒 (宛名に受給者の住所、氏名を記入し、84円切手を貼付願います。なお、送付先は住民登録地で、宛名は受給者名であるものに限られます。)