※経　由 市町名	※市　町　令和　年　月　日 受付年月日
※市　町 提　出	※市 再

6桁の受給者番号を記入してください。

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	静特第○○○○○○号
受給者住所	〒○○○－○○○○ 静岡県沼津市○○		
個人番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
理由	○○に提出するため。		

申請理由を記入してください。

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。

令和　○年　○月　○日

氏　名　○○　○○

静岡県知事　殿

提出日及び受給者（障がいのある児童の保護者）の署名を記入してください。（押印不要）

◎※の欄は記入する必要がありません。

◎字は楷書ではっきり書いてください。

（A列4番）