※経 由 市 町 名		※市 町 受付年月日	・	・
※市 町 提 出	・ 第 号	※市 町 再 提 出	・ 第 号	・ 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	第	号
受給者住所	〒			
個人番号				
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			
福井県知事 殿	電話番号			
◎ ※の欄は記入する必要がありません。 ◎ 申請書は楷書ではっきり記載してください。				
(A列4番)				
(自由記載)				