

※第	号		
※経 由	朝日町	※市 町 村	年 月 日
市町村名		受付年月日	
※市 町 村	年 月 日	※市 町 村	年 月 日
提 出	朝健福発第 号	再 提 出	朝健福発第 号
特別児童扶養手当受給証明申請書			
(フリガナ)		記号・番号	形特第 号
受給者氏名		個人番号	
受給者住所	〒		
理 由	TEL ()		
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			
山形県知事 殿			

◎※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。