【公務員児童手当受給状況証明書】

　　受給者氏名（職員氏名）

　　　上記の者は、①令和３年９月分（月額　　　　　　　　円）

　　　　　　　　　②令和３年１０月分以降（　　月分より支給開始）（月額　　　　　　　円）

　　　　の児童手当受給者であることを証明する。

1. 、②いずれかを選択してください。）

　　対象児氏名

　　　１　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日生）

　　　２　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日生）

　　　３　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日生）

４　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日生）

５　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日生）

　　※平成１５年４月２日～平成１８年４月１日生まれの児童がいる場合、下記に記入ください。

１　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日生）

　　　２　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日生）

　　　３　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日生）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　証明者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　証明事務担当

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

担当課（室）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号