

児童手当 受給額確認申請書

令和 年 月 日

長浜市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

TEL _____ - _____ - _____

児童手当法による手当の受給額を確認するため確認書発行を申請します。

記

受 給 者 氏 名	
受 給 者 住 所	長浜市
受 給 者 生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
使 用 目 的	
確 認 書 提 出 先	
確 認 を 必 要 と す る 期 間	令和 年 月 ～ 令和 年 月支給分

※申請者は、受給者または受給者と世帯を同一にしている者に限ります。

※期間は振込された月の支給月を指定してください。これから支給する手当については発行できません。