

年金加入証明願(児童手当用)

(事業主)

殿

住 所

(申請者) 氏 名

生年月日

昭和
平成

年

月

日

私が、下記年金に加入していることを証明願います。

年金加入証明書(児童手当用)

年金加入者氏名 (児童手当受給者)	
現在の勤務先で年金 に加入した年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
基礎年金番号	
加入制度名 (該当するものを○ で囲んで下さい。)	ア 厚生年金 イ _____ 共済組合(種別を記入して下さい。) ウ その他()

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和

年

月

日

事業所所在地

事業所名称

代表者または責任者

電話番号

《事業所の方へ》

- 自署でない場合は、記名押印して下さい。
- 年金加入年月日は、申請者の貴社での加入年月日を記入して下さい。

(問い合わせ先 : ☎0223-23-0529 岩沼市役所健康福祉部子ども福祉課)