令和〔　　〕年〔　　〕月〔　　〕日

大分県　こども・家庭支援課長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（受給者）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（受給者）氏名

〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

特別児童扶養手当認定診断書の原本証明願の申請について

１　交付を希望する書類　特別児童扶養手当の認定に提出した直近の診断書の写し

　　　　　　　　　　　　（大分県福祉保健部こども・家庭支援課長名で原本証明したもの）

２　申請理由　　　　　　〔　障害基礎年金　・　遺族基礎年金　・　加給年金　〕

の請求に使用するため

３　対象者（児童）氏名　〔　　　　　　　　　　　〕

４　対象者（児童）生年月日　〔　　　　　　〕年　〔　　　　〕月　〔　　　　〕日

５　対象者（児童）住所　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

６　記号番号　　　分特　第　〔　　　　　　　　　　　　　〕　号

　　　※不明の場合は記入不要です。

７　希望の交付方法　〔　郵送での交付　・　直接受け取りでの交付　〕

　※ 原本証明の郵送を希望する場合は、下記あて返信用封筒用の１１０円切手を送付してください。

　　 なお、特定記録郵便を希望の場合は３２０円切手を送付してください。

（県こども・家庭支援課（別館４階）に直接、証明を受け取りに来る場合は、切手

　送付は不要です。）

　　【切手送付先】〒８７０－８５０１

　　　　　　　　　　　大分市大手町３丁目１番１号

　　　　　　　　　　　　　大分県福祉保健部　こども・家庭支援課　家庭支援班