年 金 加 入 証 明 書（児童手当用）

氏　　名	
住　　所	一宮市
加 入 制 度 名	（　　）共済・厚生年金保険・船員保険 ※該当する加入制度名に〇をつけてください。共済の場合は（　）に名称を記入してください。
加 入 年 月 日 （現事業所での加入年月日）	平成 令和　　年　　月　　日
公益法人等に派遣されている公務員の場合は派遣年月日	平成 令和　　年　　月　　日

上記のとおり、年金に加入していることを証明します。

令和　　年　　月　　日

証明者　　事業所所在地

事業所名

代表者氏名　　印

電話番号

※勤務先の方へ

事業所名や所在地の記載と押印だけでなく、証明年月日、加入者の氏名、加入制度名、現勤務先での加入年月日も、漏れのないよう勤務先で記載し、証明してください。

（市役所記入欄）

受付書類

☐　認定請求書　　氏名　　様

☐　額改定認定請求書

☐　現況届　　請求・届出年月日　令和　　年　　月　　日

☐　その他（　　）

＜問い合わせ先＞　一宮市役所　子育て支援課　手当グループ

電話　0586-28-9023（直通）　FAX　0586-73-7701