

下記のとおり申請します。

※代理人（証明が必要な方と同一の世帯に属することが住民票で確認できる親族の方を除く。）が申請される場合は、委任状が必要です。

窓口に来られた方 (代理人)	住所	続柄	
	フリガナ	印	生年月日
	氏名		明・大・昭・平 年 月 日

どなたの証明が必要ですか	現住所	フリガナ	生年月日
	電話番号 ()	氏名	明・大・昭・平 年 月 日

使用目的 (該当する□にレを付けてください。)	整理欄
<input type="checkbox"/> 熊本市立小中学校就学援助費申請・幼稚園就園奨励費補助金申請	1
<input type="checkbox"/> 厚生・国民年金受給	
<input type="checkbox"/> 熊本市の検診	
<input type="checkbox"/> 国保年金課提出 (国民年金免除申請など)	2
<input type="checkbox"/> 特別支援学級・学校の就学奨励費申請	
<input type="checkbox"/> 授業料免除申請・奨学金受給申請	3
<input type="checkbox"/> ビザ申請、大使館・入国管理局提出	
<input type="checkbox"/> 金融機関提出 (住宅金融支援機構など)	
<input type="checkbox"/> 保証人	
<input type="checkbox"/> 熊本市営・熊本県営住宅の申込み、現況届等	
<input type="checkbox"/> 勤務先提出 (扶養認定・健康保険など)	4
<input type="checkbox"/> 社会保険の任意継続手続き	
<input type="checkbox"/> 特定医療費 (特定難病) 支給認定申請、小児慢性特定疾患医療費支給認定申請	
<input type="checkbox"/> 保育園入園申込み	
<input type="checkbox"/> 児童手当等申請	
<input type="checkbox"/> 裁判所提出	
<input type="checkbox"/> 他市町村提出	
<input type="checkbox"/> 職業訓練受講 (ハローワーク)	1・4
<input type="checkbox"/> 高額療養費制度 (限度額適用認定証)	
<input type="checkbox"/> 高等学校等就学支援金申請	4
<input type="checkbox"/> 肝炎治療受給者証交付申請、未熟児養育医療給付申請	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

※太枠の中のみ記入してください。

で、証明他に証明が必要な方と同一の世帯	氏名	続柄	生年月日
			明・大・昭・平 年 月 日
			明・大・昭・平 年 月 日
			明・大・昭・平 年 月 日
			明・大・昭・平 年 月 日

必要年度の通数	平成27年1月～12月の所得 (平成28年度課税)	通
	平成26年1月～12月の所得 (平成27年度課税)	通
	平成25年1月～12月の所得 (平成26年度課税)	通
	平成24年1月～12月の所得 (平成25年度課税)	通
	平成23年1月～12月の所得 (平成24年度課税)	通

通数		手数料	円
----	--	-----	---

確認欄	免	保	さ	外	障	旅	住	個
	(電・聴聞・その他)							

受付	発行	照合

※ 証明の内容はその年度の1月1日の住所・氏名で表示されます。