

専決	課長	回議	副参事	TL	担当	起案	年	月	日	公印承認
	発送					年				

伺

下記のとおり依頼があったので、別紙のとおり回答してよろしいか。

確認依頼

年 月 日提出

青森市長様

〒 -

住所 _____

申請者 _____

(代理人) 氏名 _____ ※

電話番号 () _____

受給者との続柄 _____

※申請者(代理人)が手書き(自署)しない場合は記名押印してください。

申請者は、(受給者本人 ・ 受給者から委任を受けた代理人) であり、下記内容についての確認を依頼します。

記

受給者氏名	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 〒 - 青森市			
	氏名		生年月日	年 月 日	
使用目的					
提出先					
依頼内容	(<input type="checkbox"/> 認定時 ・ <input type="checkbox"/> 現在) の児童手当・特例給付の内容について				

私は、上記の申請者を代理人と定め、確認依頼及び回答の受領を委任します。

委任者(受給者)氏名 _____ 印

- ※ 申請者が受給者本人でない場合は、かならず受給者本人の記入による委任欄の記名押印または署名が必要です。
- ※ 回答には、申請日から起算して1週間程度かかる場合があります。
- ※ 申請者の本人確認書類をご提示いただきます。