

【赤穂市 児童手当用】

## 年 金 加 入 証 明 願

事業主 様

申請者	氏 名	
	住 所	赤穂市

私が、現在当事業所に勤務し、被用者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	
氏 名	
加 入 制 度 名	厚生年金保険 ・ _____ 共済組合 その他（ _____ ）
加 入 年 月 日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から加入し、継続中 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
証 明 者	事業所所在地 事業所名称 代表者又は責任者 <span style="float: right;">⑩</span> 連絡先電話番号  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。

※太枠内は、すべて事業者様が記入してください。

※退職後、任意継続保険に加入している場合は、証明せずに申請者へ返却してください。

【問い合わせ先】

赤穂市役所子育て支援課

TEL：0791-43-6808

Mail：kosodate@city.ako.lg.jp