

令和 年 月 日

東京都心身障害者扶養共済制度掛金払込証明願

東京都福祉局障害者施策推進部長 殿

東京都心身障害者扶養共済制度掛金の払込み状況について、次のとおり証明願います。

(住所) 〒

(電話番号)

(氏名)

1 加入者氏名

2 証書番号

第 号

3 証明事項

東京都心身障害者扶養共済制度掛金を払い込んだこと

4 証明期間

年 月 から 年 月 まで

5 使用目的

【添付書類】

①申請者本人の本人確認書類（住所・氏名・生年月日がわかる書類を添付（写し可））

②返信先の住所・氏名を記入し、110円切手を貼付した返信用封筒（書留等での返信を希望する場合はその分の切手も貼付）

※原則として登録されている加入者の住所地に限ります。

(記入例)

令和 年 月 日

東京都心身障害者扶養共済制度掛金払込証明願

東京都福祉局障害者施策推進部長 殿

東京都心身障害者扶養共済制度掛金の払込み状況について、次のとおり証明願います。

(住所) 〒
(電話番号)
(氏名)

申請者は、加入者ご本人になります。

1 加入者氏名

2 証書番号
第 号

3 証明事項
東京都心身障害者扶養共済制度掛金を払い込んだこと

4 証明期間
年 月 から 年 月 まで

5 使用目的
※具体的にご記入ください。

証明書の提出先が指定している期間をご確認の上、必ずご記入ください。(例：令和4年1月から令和4年12月まで)

【添付書類】

- ①申請者本人の本人確認書類（住所・氏名・生年月日がわかる書類を添付（写し可））
 - ②返信先の住所・氏名を記入し、110円切手を貼付した返信用封筒（書留等での返信を希望する場合はその分の切手も貼付）
- ※原則として登録されている加入者の住所地に限ります。