様式第９号

児童手当・特例給付に係る

年金加入証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | |
| 加　入  制度名 | 厚生年金 |  |

　　上記のとおり、当事業所において　　　　　年　　　月　　　日より加入していることを証明します。

　　　年　　　月　　　日

　　　　名　　　　　　称

　　　　責任者又は代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）法人の場合は、記名押印してください。法人以外でも、本人

（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

　事業所所在地

　　　　電話番号