

제 호

## 수급자 증명서

1. 성명:

(생년월일: )

2. 세대주 성명(시설명):

(세대주와의 관계: )

3. 주소(소재지):

4. 수급자 구분:

|                                     |                                       |                                   |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 생계급여 일반수급자 | <input type="checkbox"/> 생계급여 조건부 수급자 | <input type="checkbox"/> 의료급여 수급자 |
| <input type="checkbox"/> 주거급여 수급자   | <input type="checkbox"/> 교육급여 수급자     | <input type="checkbox"/> 보장시설 수급자 |

5. 제출용도:

(용 도)

(제출처)

「국민기초생활 보장법 시행규칙」 제40조에 따라 위와 같이 「국민기초생활 보장법」 제2조제2호에 따른 수급자임을 증명합니다.

년 월 일

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장·교육감

직인

※ 유의사항 : 교육급여 수급자 증명서를 단독으로 신청하였을 경우에는 시·도교육감이 발급함





# 자활근로자 확인서

처리기간

즉 시

|                |                                                                                  |                     |    |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----|
| 성명             |                                                                                  | 주민등록번호<br>(외국인등록번호) |    |
| 주소<br>(소재지)    |                                                                                  |                     |    |
| 세대주성명<br>(시설명) |                                                                                  | 세대주와의 관계            | 본인 |
| 참여구분           | <input type="checkbox"/> 국민기초생활보장 수급자 <input checked="" type="checkbox"/> 차상위 자활 |                     |    |
| 사업내용           |                                                                                  |                     |    |
| 용도             |                                                                                  |                     |    |
| 제출처            |                                                                                  |                     |    |

「국민기초생활 보장법」시행령 제20조에 따른 자활근로자임을 확인하여 주시기 바랍니다.

월 일

신청인

대상자와의 관계    본인

서울특별시 강동구청장 귀하

※ 구비서류 : 없음

수수료

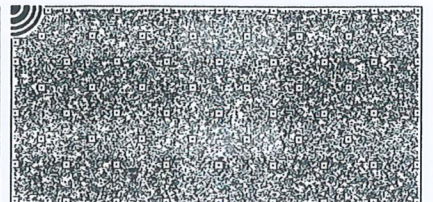
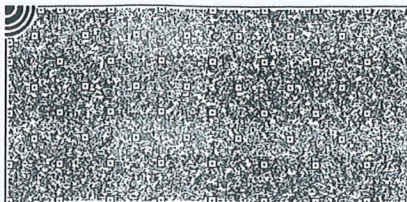
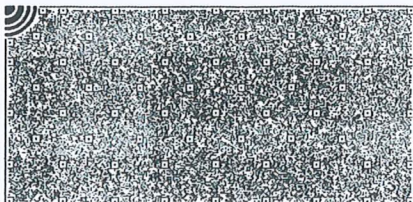
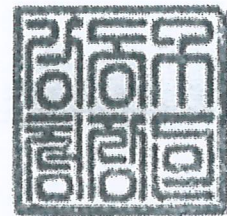
없음

발급번호    제    20230000000001679150    호

상기자가 자활근로자임을 위와 같이 확인합니다.

3년 6 월 5일

서울특별시 강동구청장



# 장애인연금, 장애수당, 장애아동수당 대상자 확인서

처리기간

즉 시



|                |  |                   |  |
|----------------|--|-------------------|--|
| 성명             |  | 생년월일<br>(외국인등록번호) |  |
| 주소<br>(소재지)    |  |                   |  |
| 세대주성명<br>(시설명) |  | 세대주와의 관계          |  |
| 용도             |  |                   |  |
| 제출처            |  |                   |  |

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 수급자 구분 | <input type="checkbox"/> 장애인연금 ( <input type="checkbox"/> 기초부가급여 <input type="checkbox"/> 차상위부가급여 <input type="checkbox"/> 차상위초과부가급여 )<br><input checked="" type="checkbox"/> 장애수당 ( <input type="checkbox"/> 기초 <input checked="" type="checkbox"/> 차상위 )<br><input type="checkbox"/> 장애아동수당 ( <input type="checkbox"/> 기초 <input type="checkbox"/> 차상위 / <input type="checkbox"/> 중증 <input type="checkbox"/> 경증 ) |
|        | * 기초: 생계 또는 의료급여 수급자<br>* 차상위: 주거 또는 교육급여 수급자(생계 또는 의료급여 미수급자), 차상위계층<br>* 차상위초과: 기초 또는 차상위에 해당되지 아니한 자                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

「장애인연금법」, 「장애인복지법」 제49조 및 같은법 제50조제1항에 따른 장애인연금, 장애수당 및 장애아동수당 대상자임을 증명하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

수급자와의 관계

본인

서울특별시 강동구청장 귀하

※ 구비서류: 없음

수수료

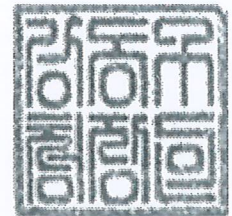
없음

|      |   |   |
|------|---|---|
| 발급번호 | 제 | 호 |
|------|---|---|

위와 같이 확인합니다.

년 월 일

서울특별시 강동구청장





제 호

## 한부모가족증명서

1. 성명:

(생년월일: )

2. 세대주 성명(시설명):

(세대주와의 관계: )

3. 주소(소재지):

4. 제출용도:

(용 도)

(제출처)

5. 선정일자:

「한부모가족지원법 시행규칙」 제3조의3에 따라 위와 같이 「한부모가족지원법」 제5조에 따른 한부모가족 지원대상자임을 증명합니다.

년 월 일

특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장

직인