

様式第 1 号

堺市老人福祉施設入所者給付金受給資格者名簿

【 】 年 月現在

[illegible]

上記の者は、公的年金を受給していないことを証明します。

施設名

代表者名 (※)

注意 (※)において、代表者が自署しない場合又は法人である場合は、記名押印をしてください。