

보호종료아동 자립수당 수급자 확인서			처리기간
			즉 시
수급자	성명		생년월일
	주소 (소재지)		
	수급자구분	<input type="checkbox"/> 보호종료아동 자립수당 지급	
용도			
제출처			
<p>보호종료아동 자립수당 수급자임을 확인하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일 신청인 (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: center;">수급자와의 관계</p> <p style="text-align: center;">특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하</p>			
※ 구비서류: 없음			수수료
			없음
발급 번호	제 호		
<p>위와 같이 확인합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 직인</p>			