

認定番号	
------	--

## 未支払 児童手当・特例給付 請求書

(請求先) 新 座 市 長				年 月 日提出			
資格があつた者 児童手当受給 (死亡者)	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏 名					死亡した年月日	年 月 日
	住 所		新座市				年 月 日
支給対象であつた 児童	氏 名		生 年 月 日		住 所		
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
請求の内容	支給期間		年 年 月分から 月分まで		請求金額 円		
支払希望金融機関		名称		支店		(店番号)	
普通預金 口座番号					名義 (カタカナ)		
請 求 者	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏 名						
	住 所		新座市		電話 ( )		受給資格があつた者との続柄 妻・父・母 その他 ( )

※二重枠の中のみ記入してください。字は、楷書(かいしょ)ではっきりと書いてください。

※以下の欄は記入しないでください。

支給決定年月日	年 月 日	請求却下年月日	年 月 日
備考			入力者
			受付者