

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 あった者 (児童 手当受給 者)	フリガナ	ニイザ タロウ	
	氏 名	新座太郎	生年月日 S 〇〇年××月△△日
	住 所	新座市野火止一丁目1番1号	死亡した年月日 令和×年×月×日
児童 (支給 対象で あった 児童)	氏 名	生 年 月 日	住 所
	新座一郎	〇〇年△△月××日	新座市野火止一丁目1番1号
	新座二郎	〇〇年△△月××日	新座市野火止一丁目1番1号
	新座三郎	〇〇年△△月××日	新座市野火止一丁目1番1号
		年 月 日	
請求の 内容	支給期間	年 月分 年 月分まで	請求金額 円
支払希望金融機関 (児童手当該当の児童)	名称	〇×〇銀行	支店 △〇△ (店番号〇〇〇)
普通預金 口座番号	0 1 2 3 4 5 6	名義 (カタカナ)	ニイザ サブロウ
請 求 者	フリガナ	ニイザ ハナコ	
	氏 名	新座 花子	生年月日 S 〇〇年××月△△日
	住 所	新座市野火止一丁目1番1号	受給資格が あった者 との続柄 妻・父・母 その他 ()
電話××× (〇〇〇〇) △△△△			

※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