

受付印（提出日）

未支払児童手当請求書

徳島市長 様

記入日 令和 年 月 日

死亡した者に係る未支払の児童手当を次のとおり児童に支払ってください。

死亡した方	(ふりがな) 氏名	生年月日					
	住所						
養育していた児童	氏名	住所					
児童の兄弟等※	氏名	住所					
請求金額	※死亡した月または支給事由が消滅した月分までの未支払の児童手当額 円						
支払方法	金融機関	銀行等			支店等		
	金融機関コード				支店コード		
	口座名義	※カタカナで記入してください。			口座種別	口座番号	
	普通・当座						
請求をする児童等	氏名	支払いをする高校生年代以下の児童	この請求書を児童に代わって記入した方（署名）				
	住所	※ この請求書を児童に代わって記入した方の住所を記入してください。 電話 — —					

児童手当法施行規則様式第十二号備考により、同様式について所要の変更及び調整を加え、注意事項を省略した。
事務処理欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 支給要件児童 <input type="checkbox"/> 児童の父母 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
添付書類	<input type="checkbox"/> 支給要件児童名義の振込先口座の通帳またはキャッシュカードの写し

本人確認実施者 _____