

※※ 第	号	※市 町 村 受 付 年 月 日	令和	.	.
---------	---	---------------------	----	---	---

児童扶養手当 受給資格者死亡届／未支払手当請求書

① 死亡者	(ふりがな)		証 書 番 号			
	氏 名					
② あ請 る求 児者 童で	(ふりがな)		支払希望 金融機関	金融機関名	支店名	名義人(か)
	氏 名			金融機関CD	支店CD	口座番号
③ 届 出 者	(ふりがな)		死亡者との続柄			
	氏 名					
	住 所	〒 ー 熊本市	Tel (自宅) (携帯)			

児童扶養手当法に基づき、上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印

熊本市長 宛

私は、この届出をもって熊本市ひとり親家庭等医療費助成の受給資格者の死亡について届け出ます。
ひとり親家庭等医療費助成受給資格者証番号（受給資格者） 【 _____ 】

氏名 _____ 印

熊本市長 宛

備考	
----	--

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要はありません。
- ◎ 字は楷書ではっきり書いてください。記名押印に代えて署名することができます。

児童手当	子ども医療	管 轄 区
済・未	済・未	北・西・中央・東・南

送付【令和 年 月 日】	
文 書 番 号	
資格喪失通知	保子発第 号

処理経過			
入力	二次審査	一次審査	受付

(裏 面)

注意

- 1 手当の支給を受けている人が死亡したときは、14日以内に証書と戸籍の抄本や死亡診断書などその人が死亡したことを証明する書類を添えて、この届を出してください。
- 2 請求者である児童に代わって支払金融機関で未支払の手当を受けとる人があるときは、備考欄にその人の氏名住所及び請求者である児童との続柄その他の関係を記入し、押印してください。
- 3 受給者死亡の届出と未支払手当の請求のいずれか一方をしようとするときは、該当する文字を○で囲んでください。