

| | | | | | | |
|---|--|---------------------|---|-----------------------|-----------|-------------|
| ※※ 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) | くまもと はなこ | 証 書 番 号 | 0123456 | | |
| | 氏 名 | 熊本 花子 | 死 亡 し た 日 | 平成 2 年 3 月 26 日 令和 | | |
| ② あ請 る求 児者 童で | (ふりがな) | くまもと いちろう | 支払希望 金融機関 | 金融機関名 | 支店名 | 名義人(か) |
| | 氏 名 | 熊本 一郎 | | 肥後銀行 | 本店 営業部 | クマモト イチロウ |
| ③ 届 出 者 | (ふりがな) | すいぜんじ ふね | 死亡者との続柄 | 金融機関CD | 支店CD | 口座番号 |
| | 氏 名 | 水前寺 フネ | | 0 1 8 2 | 1 0 1 1 | 2 3 4 5 6 7 |
| 住 所 | 〒 860 - 8601 熊本市 中央区手取本町1番1号 手取アパート101号室 | | Tel (自宅) 096-381-1234 (携帯) 090-9876-5432 | | | |
| 児童扶養手当法に基づき、上記のとおり請求します。 | | | | | | |
| 令和 2 年 4 月 6 日 | | | | | | |
| 氏名 熊本 一郎 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）【 123456789 】 | | | | | | |
| 氏名 熊本 一郎 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 |
| | | | |