

未支払児童手当 請求書

受付印	不足書類	確認
	通帳の写し (対象児童)	

(あて先) 松戸市長

提出年月日	R	年	月	日			
手 当 の 受 給 資 格 者 (死 亡 者)	(フリガナ) 氏 名				死亡した 年 月 日	R	年 月 日
	住 所						
支 給 対 象 で あ っ た 児 童 (18 歳 に 達 す る 日 以 後 の 最 初 の 3 月 31 日 ま で の 間 に あ る 者)	児 童 の 氏 名	住 所 (上記住所と同じ場合は、同上に○をつけてください)					
	フリガナ	同上					
	フリガナ	同上					
	フリガナ	同上					
	フリガナ	同上					
	フリガナ	同上					
請 求 者 (対 象 児 童)	(フリガナ) 氏 名				生年月日	H R	年 月
	住 所	同上 (保護者の連絡先) TEL :					
金融機関	金融機関名	支 店 名		口座番号 ※普通預金のみ		請求者名義 (カタカナ)	
	銀行 金庫 組合 農協	支 店 出張所					

内 容	未支払期間	年 月分から	未支払金額	円
		年 月分まで		
備考				
決定年月日	.	.	認定番号	担当

『未支払 児童手当 請求書』

※ 注 意

1. 「支給対象であった児童」の欄は、児童手当の受給資格があった者（死亡者）が養育（監護し、かつ、生計を同じくするか又は生計を維持することをいいます。）していた児童（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。）について記入してください。

未支払児童手当 請求書

受付印	不足書類	確認
	通帳の写し (対象児童)	

(あて先) 松戸市長

提出年月日	R	年	月	日		
手当の受給資格者 (死亡者)	(フリガナ)	マツト 伊吹			死亡した 年月日	R ○ 年 ○ 月 ○ 日
	氏 名	松戸 太郎				
	住 所	松土市根本387-5				
支給対象であった児童 (18歳に達する日以後の最初の 3月31日までの間にある者)	児 童 の 氏 名	住 所 (上記住所と同じ場合は、同上に○をつけてください)				
	フリガナ	マツト 伊吹	同上			
	フリガナ	松戸 一郎	同上			
	フリガナ		同上			
	フリガナ		同上			
	フリガナ		同上			
(請求者 対象児童)	(フリガナ)	マツト 伊吹			生年月日	H R ○ 年 ○ 月 ○
	氏 名	松戸 一郎				
	住 所	同上 (保護者の連絡先) TEL : 080-0000-0000				
金融機関	金融機関名	支 店 名	口座番号 ※普通預金のみ			請求者名義 (カタカナ)
	千葉 銀行 金庫 組合 農協	〇〇 支 店 出張所	0 1 2 3 4 5 6			マツト 伊吹

内 容	未支払期間	年 月分から	未支払金額	円
		年 月分まで		
備考				
決定年月日	.	.	認定番号	担当