様式第十号（第十三条関係）

（表　面）

※※第　　号					
※経　　由 市区町村名			※市区町村 受付年月日	平成　　年　　月　　日	
※市区町村　平成　　年　　月　　日 提　　出　第　　号			※市区町村 再提出	平成　　年　　月　　日 平成　　年　　月　　日 平成　　年　　月　　日	
未支払特別児童扶養手当請求書					
①死亡者	（ふりがな） 氏　　名		証書の 記号・番号	第　　号	
	個人番号				
	住所		死亡した日	平成　　年　　月　　日	
②障害児請求者である	（ふりがな） 氏　　名			名称	口座番号
	個人番号		支払希望 金融機関		
	住所				
備考					

特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づき、上記のとおり請求します。

平成　　年　　月　　日

請求者氏名　　㊞

知事
殿
市長

※※　資格喪失　平成　　年　　月　　日 通　　知　第　　号	※※未支払手当 支給通知　平成　　年　　月　　日

◎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がありません。
◎字は楷書（かい）ではつきり書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

（日本工業規格　　A列4番）

（裏　面）

注意

１　②の欄の「支払希望金融機関」の欄は、支払を受けるのに最も便利な金融機関をえらんで、その正しい名称及び口座番号を記入して下さい。

２　請求者である障害児にかわつ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障害児との続柄その他の関係を記入し、押印して下さい。