

記入例

様式第1号

市川市遺児手当交付申請書

市川市長

下記のとおり申請します。また、世帯の状況、所得の状況その他の市川市遺児手当の支給に係る審査において確認を要する事項に関して、市川市が公簿等で確認することに同意します。

申請者	ふりがな	いちかわ はなこ		生年月日	SO・O・O		個人番号	012345678901		申請年月日	O・O・O		
	氏名	市川 花子		SO・O・O		012345678901		支 払 機 関	名称	口座番号			
	住所	市川市 八幡1丁目1番1号		千葉県 都道府県		電話 090 (1234) 5678			配偶者 有・無	有・無	名称	口座番号	
	本籍	千葉県		電話 090 (1234) 5678		配偶者 有・無			有・無	名称	口座番号		
本籍	千葉県		電話 090 (1234) 5678		配偶者 有・無		有・無		名称	口座番号			
配偶者	ふりがな			生年月日			配偶者 有・無						
配偶者	氏名			生年月日			配偶者 有・無						
支給対象児童	ふりがな 氏名	続柄	生年月日	学校名	学年	同居・ 別居の別	住所	養育の有無					
	いちかわ いちろう 市川 一郎	長男	HO・O・O	△△△ 小中	2	同・別	市川市 同上	有・無					
	いちかわ じろう 市川 二郎	二男	HO・O・O	□□ 保育園 小中		同・別	市川市 同上	有・無					
						同・別	市川市	有・無					
						同・別	市川市	有・無					
						同・別	市川市	有・無					
父母の 状況	死亡・生死不明・ 障害者氏名 生年月日	児童と の続柄	①	死亡 RO年 O月 O日 原因 イ業務上 ロ交通事故 ハ病死 ニその他	2	不在日 年 月 日	3	病状 原因発生日 年 月 日					
	市川 太郎	父	死	ハ病死	2	不在日 年 月 日	3	病状 原因発生日 年 月 日					
	SO・O・O生	父	死	イ遺族年金 ロ母子年金 ハその他	2	不在日 年 月 日	3	病状 原因発生日 年 月 日					
HO年1月1日現在の住所	同上		支給開始年月	支給対象 児童数	支給区分	手当月額	毎期支給額						
年度 市民税額	円			人	幼 人 小 人 中 人								
認定・却下	認定・却下年月日												
	認定・却下通知年月日												
上記太線内を記入してください。			番号確認	身元確認	代理権確認	受付年月日							

※受付職員が確認をして記入してください。