

(表 面)

様式第十号

※※第 号				
※経 由 市 町 村 名		※市 町 村 令和 年 月 日 受付年月日		
※市 町 村 令和 年 月 日 提 出 第 号		※市 町 村 令和 年 月 日 再 提 出 第 号		
未支払特別児童扶養手当請求書				
① 死 亡 者	フリガナ 氏 名		証 書 記号・番号	第 号
	住 所		個 人 番 号	
			死 亡 し た 日	平成 年 月 日 令和
② 請ある 求る障 害で児	フリガナ 氏 名		支払希望 金融機関	口座（通帳）番号
	住 所			
				金融機関名
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。 令和 年 月 日 請求者氏名 奈良県知事 殿				
※※資格喪失 平成 令和 年 月 日 通 知 第 号		※※未支払手当 令和 年 月 日 支給通知		

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄に記入する必要はありません。
◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

(裏 面)

注 意

- 1 ②の欄の「支払希望金融機関」の欄は、住所地の都道府県内の金融機関のうちで支払を受けるのに最も便利なものを選んで、その正しい名称、通帳、口座番号を記入してください。
- 2 請求者である障害児にか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障害児との続柄その他の関係を記入して下さい。