

稚内市災害遺児手当受給資格認定申請書

年 月 日					
稚内市長様					
住所 (保護者)氏名 ㊟					
電話番号					
災害遺児手当の受給資格の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。					
死亡した 生計中心者					
遺 児	氏名	死亡した 生計中心 者との続 柄	生年月日	遺児の区分	学校名及び学年
				<input type="checkbox"/> 乳幼児及び 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生	
				<input type="checkbox"/> 乳幼児及び 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生	
				<input type="checkbox"/> 乳幼児及び 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生	
振込先 口座		金融機関名		種別	口座番号 (右づめ)
		銀行 金庫 組合	本・支店 本・支店 支所	普通 当座	
決 裁	課長	G L	担当	受付 番号	第 号
				年 月 日 起案 年 月 日 決定	
				審 査 結 果	
				決 定 ・ 却 下	
承認の条件 (不承認の理由)					

※ 太線の中は、記入しないでください。