様式第1号（第2条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※ | 受付  年月日 | |  | | | ※番号 |  | | ※番号 |  |
| 遺児手当認定請求書  年　　月　　日  日南町長　　　　殿  氏名　　　　　　　　　　㊞  下記のとおり、遺児手当の受給資格の認定を請求します。 | | | | | | | | | | |
| 請求者 | | 住所 | |  | | | | | | |
| 氏名 | |  | | 生年月日 | |  | | |
| 遺児 | | 氏名 | | | 生年月日 | 請求者との続柄 | | 在学学校名及び学年 | | |
|  | | |  |  | |  | | |
|  | | |  |  | |  | | |
|  | | |  |  | |  | | |
|  | | |  |  | |  | | |
| 備考 | | | | |  | | | | | |