

児童扶養手当 (該当欄にレ点を記入する)

記号	証書番号
<input type="checkbox"/> 長児 <input type="checkbox"/> 長児扶	

校番	<input type="checkbox"/> 資格喪失届 <input type="checkbox"/> 受給者死亡届 未支払手当請求書	<input type="checkbox"/> 再認定請求書 <input type="checkbox"/> 額改定届 (減額)	市町村コード
----	---	---	--------

市町村名	市町村交付	市町村提出	提出番号	市町村再提出	市町村再提出番号	保健福祉事務所受付年月日
市町村	平成 年 月 日	平成 年 月 日	第 号	平成 年 月 日	第 号	平成 年 月 日

資格喪失届

資格喪失の理由を具体的に記入してください

受給資格がなくなった日	資格喪失年月日
平成 年 月 日	平成 年 月 日

※施設入所の場合、入所措置日の前日が資格喪失日となります。

児童が福祉施設に入所した状況について	措置(入所)年月日	施設名
	平成 年 月 日	
婚姻等の場合の状況について	婚姻年月日	同居年月日
	平成 年 月 日	平成 年 月 日

支払予定額	債権発生予定額	権発生予定額
年度 12月期 4月期 8月期 合計額	年度 12月期 4月期 8月期 合計額	権発生予定額

再認定請求書

再認定対象児童	氏名	姓	名
	氏名	姓	名

再認定の対象となる者について	氏名	姓	名	生年月日	大正昭和平成 年 月 日
日常生活の状況	自宅療養中 病院へ入・通院中 児童・(社会)福祉施設入・通所中 在学(学校名及び学級)				
障害年金の状況	受けていない 受けている 申請中 支給停止中				
障害名	年金名() 記号番号等級(第 号 級) 年額 円				

次期有期	平成 年 月
次期有期	平成 年 月

添付した診断書・手帳等写	年金証書写 身障手帳写 療育手帳写 診断書
種類・等級	
記号番号	

受給者死亡届・未支払手当請求書

死亡者	氏名	フリガナ	死亡した日	住所
	姓	名	平成 年 月 日	所

請求者となる児童について	氏名	フリガナ	住所
	姓	名	所

銀行等	支払金融機関	金融機関コード	支店名	支店コード	種類	口座番号(右づめ)
					普通	
希望	口座名義人(カタカナ)					
証書	郵便局名	郵便局コード	郵便局			
金融機関	振替預入	1 振替預入 2 証書				
	貯金通帳記号	貯金通帳番号(右づめ)				
	通帳名義人(カタカナ)					

※証書の記号が、長児の場合は証書・振替預入欄に、長児扶の場合は銀行等の欄に記入すること。
 ※口座、通帳名義人名は姓と名の間に1マスあけて、濁点も1マスとすること。
 ※通帳は本人のものに限る。

額改定届(減額)

対象児童について	氏名	姓	名	生年月日
				平成 年 月 日
	(減額の理由)			
	減額となった年月日			
	平成 年 月 日			

年度	12月期	4月期	8月期	支払合計

(備考)

①事実発生年月日 年 月 日

②確認の帳票

③確認年月日 年 月 日

④確認者

⑤その他

上記のとおり届け出(請求)をします。

平成 年 月 日

住所

氏名

TEL

長野県知事 殿

(提出用) ※赤枠の中のみ記入してください。緑色の部分は記入する必要ありません。
 ※記入押印に代えて署名することができます。