

## 松戸市遺児手当支給申請書

(あて先)松戸市長

令和 年 月 日

私は、遺児手当の支給を受けたいので、次により関係書類を添えて申請します。  
 なお、受給資格審査のため、所得に関する情報を公簿等により確認することに同意します。

フリガナ  
 申請者氏名

生年月日	昭和・平成・西暦 年 月 日		
住所	松戸市		
電話番号	( )		
フリガナ 遺児氏名	続柄	生年月日	在 schools 名・学年
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 他( )	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 他( )	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 他( )	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 他( )	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 他( )	年 月 日	
フリガナ 死亡者氏名	遺児との続柄	死亡年月日	死亡原因
	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 他( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 他( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> その他
生活保護	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない		※生活保護証明書を添付
振込先 金融機関	<input type="checkbox"/> 公金受取口座の利用を希望する		※マイナポータル等で登録している場合添付不要 ※登録を抹消した場合は提出が必要
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座の利用を希望しない		※通帳またはキャッシュカードのコピーを添付
審査結果	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下		令和 年 月 日 決定
	人	円	令和 年 月分から