様式第１号（第２条関係）

| ※ | 受付年月日 |  | ※番号 |  | ※番号 |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 災害遺児手当認定請求書年　　月　　日八頭町長　　　　様氏名　　　　　　　　　　㊞下記のとおり、災害遺児手当の受給資格の認定を請求します。 |
| 請求者 | 住所 | 八頭町　　　　　　　　　　　　　　　　番地 |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 災害遺児 | 氏名 | 生年月日 | 請求者との続柄 | 在学学校名及び学年 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |