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 | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |