

県様式

※ 市 町 村 受付年月日	年 月 日	※ 市 町 村 提 出 第	年 月 日 号
------------------	-------	------------------	------------

特別児童扶養手当受給者死亡届

死 亡 者	(ふりがな) 氏 名		受給者 記号・番号	鳥 特 第 号
	住 所			
	死亡した日	年 月 日		
届 出 者	(ふりがな) 氏 名		死亡者との 続 柄	
	住 所			

上記のとおり、特別児童扶養手当の受給者が死亡しましたので届け出ます。

年 月 日

氏 名

鳥取県知事 様

- 1 特別児童扶養手当を受けている人が死亡したときは、14日以内に戸籍抄本などその人が死亡したことを証明する書類を添えてこの届出書を提出してください。
- 2 未支払の手当がある場合には、この届出書と併せて未支払特別児童扶養手当請求書を提出してください。
- 3 ※の欄は記入する必要がありません。
- 4 字は楷書<sup>かいしょ</sup>ではっきり書いてください。