

戦没者等の遺族に対する特別弔慰金請求書

4-61

(裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。)

| | | | | | | |
|---|----------|--|-----------------|----------|----------------------------------|-------|
| 戦没者等 | フリガナ | (姓) | (名) | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | | | |
| | 除籍時の本籍等 | | 都道府県 | 死亡年月日 | ※1 昭和 2 平成 3 ●▲ | 年 月 日 |
| | もとの身分 | <input type="checkbox"/> 陸軍(軍人・軍属) <input type="checkbox"/> 海軍(軍人・軍属) <input type="checkbox"/> 準軍属 | | | | |
| 請求者 | フリガナ | (姓) | (名) | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 ●▲ | 年 月 日 |
| | 戦没者等との続柄 | | | 個人番号 | | |
| | 住所 | 〒 都道府県 | | | | |
| 被相続人 | フリガナ | (姓) | (名) | 死亡年月日 | ●▲ | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | 戦没者等との続柄 | | |
| 代理人等 | フリガナ | (姓) | (名) | 区分 | ※1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等 | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | 〒 都道府県 | | | | |
| 国債の受領を市区町村長に委任する場合はその市区町村名 | | | | | | |
| 国債の償還金の希望支払場所 | 名称 | <input type="checkbox"/> 郵便局 | | | 所在地 | 都道府県 |
| 前回の特別弔慰金受給者 | 氏名 | 戦没者等との続柄 | 裁定通知書の記号・番号 | | | |
| 年金給付の受給者が平成27年4月1日から●▲2年3月31日までの間に失権した <input type="checkbox"/> | 受給者氏名 | 証書の記号・番号 | 第 | 号 | | |
| | 戦没者等との続柄 | 失権の事由 | ※ 1 死亡 2 その他() | | | |
| 上記により、「戦没者等の遺族に対する特別弔慰金支給法」の特別弔慰金を請求します。 | | | | | | |
| ●▲ 年 月 日 | | | | | | |
| 厚生労働大臣 殿 裁定都道府県知事 | | | | 氏名 | | (印) |

※請求書類の補正を依頼する場合がありますので、以下に日中に連絡の取れる方の氏名と電話番号をご記入ください。

| 氏名(続柄) | 電話番号 |
|---------|-----------|
| 請求者(本人) | 自宅・携帯 - - |
| () | 自宅・携帯 - - |
| () | 自宅・携帯 - - |

(自治体使用欄)

| | | | | | |
|------------|----|----------|--------|--|--|
| 国債受領希望取扱店名 | | | | | |
| 弔慰金の受給者 | 氏名 | 戦没者等との続柄 | 裁定記号番号 | | |



特別弔慰金の請求及び受領に係る同意申立書

◎以下に承諾いただけた方は署名・押印のうえ、同意の状況を申し立ててください。

- ・同順位の遺族(●▲2年4月1日以降に権利者が死亡した場合はその相続人を含む)がいる場合、特別弔慰金はそのうちの一人に支給されるものです。
- ・請求及び受領者となる方は、やむを得ない場合以外は、請求前に同順位者の同意を得てください。同順位者間で問題が生じた場合は請求者の責任で対処いただくことになります。
- ・虚偽の申立を行うと、特別弔慰金が支給されなかったり、支給後に取り消されることがあります。

上記を承諾します。

●▲ 年 月 日

請求者署名(自署)

印

戦没者等(氏名: _____)に係る特別弔慰金を受け権利を有する遺族は下記のとおりです。私が遺族を代表して特別弔慰金を請求・受領することに関する同意の状況を申し立てます。

| | | | | | |
|--|--|-------------|--|---|---|
| 氏名 | | 戦没者 との続柄 | | 同意の 有 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 同意を求めた年月及び方法 | | | | 同意が得られなかった理由 ※ | |
| ●▲____年____月 <input type="checkbox"/> 書面(手紙、FAX等も含む) <input type="checkbox"/> その他 ※以下の[]内に詳細を記入 [] | | | | <input type="checkbox"/> 連絡先不明 <input type="checkbox"/> 同意を拒否 <input type="checkbox"/> 重い病気や高齢等により意思表示ができない <input type="checkbox"/> その他 [] | |
| 氏名 | | 戦没者 との続柄 | | 同意の 有 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 同意を求めた年月及び方法 | | | | 同意が得られなかった理由 ※ | |
| ●▲____年____月 <input type="checkbox"/> 書面(手紙、FAX等も含む) <input type="checkbox"/> その他 ※以下の[]内に詳細を記入 [] | | | | <input type="checkbox"/> 連絡先不明 <input type="checkbox"/> 同意を拒否 <input type="checkbox"/> 重い病気や高齢等により意思表示ができない <input type="checkbox"/> その他 [] | |
| 氏名 | | 戦没者 との続柄 | | 同意の 有 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 同意を求めた年月及び方法 | | | | 同意が得られなかった理由 ※ | |
| ●▲____年____月 <input type="checkbox"/> 書面(手紙、FAX等も含む) <input type="checkbox"/> その他 ※以下の[]内に詳細を記入 [] | | | | <input type="checkbox"/> 連絡先不明 <input type="checkbox"/> 同意を拒否 <input type="checkbox"/> 重い病気や高齢等により意思表示ができない <input type="checkbox"/> その他 [] | |

※「同意が得られなかった理由」欄は、同意が得られなかった場合に理由を選択(「その他」は具体的な理由も記入)してください。

| | | | | | |
|--|--|-------------|--|---|---|
| 氏名 | | 戦没者 との続柄 | | 同意の 有 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 同意を求めた年月及び方法 | | | | 同意が得られなかった理由 ※ | |
| ●▲____年____月 <input type="checkbox"/> 書面(手紙、FAX等も含む) <input type="checkbox"/> その他 ※以下の[]内に詳細を記入 [] | | | | <input type="checkbox"/> 連絡先不明 <input type="checkbox"/> 同意を拒否 <input type="checkbox"/> 重い病気や高齢等により意思表示ができない <input type="checkbox"/> その他 [] | |
| 氏名 | | 戦没者 との続柄 | | 同意の 有 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 同意を求めた年月及び方法 | | | | 同意が得られなかった理由 ※ | |
| ●▲____年____月 <input type="checkbox"/> 書面(手紙、FAX等も含む) <input type="checkbox"/> その他 ※以下の[]内に詳細を記入 [] | | | | <input type="checkbox"/> 連絡先不明 <input type="checkbox"/> 同意を拒否 <input type="checkbox"/> 重い病気や高齢等により意思表示ができない <input type="checkbox"/> その他 [] | |
| 氏名 | | 戦没者 との続柄 | | 同意の 有 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 同意を求めた年月及び方法 | | | | 同意が得られなかった理由 ※ | |
| ●▲____年____月 <input type="checkbox"/> 書面(手紙、FAX等も含む) <input type="checkbox"/> その他 ※以下の[]内に詳細を記入 [] | | | | <input type="checkbox"/> 連絡先不明 <input type="checkbox"/> 同意を拒否 <input type="checkbox"/> 重い病気や高齢等により意思表示ができない <input type="checkbox"/> その他 [] | |
| 氏名 | | 戦没者 との続柄 | | 同意の 有 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 同意を求めた年月及び方法 | | | | 同意が得られなかった理由 ※ | |
| ●▲____年____月 <input type="checkbox"/> 書面(手紙、FAX等も含む) <input type="checkbox"/> その他 ※以下の[]内に詳細を記入 [] | | | | <input type="checkbox"/> 連絡先不明 <input type="checkbox"/> 同意を拒否 <input type="checkbox"/> 重い病気や高齢等により意思表示ができない <input type="checkbox"/> その他 [] | |

※「同意が得られなかった理由」欄は、同意が得られなかった場合に理由を選択(「その他」は具体的な理由も記入)してください。

証券の交付年月日等

第十一回特別弔慰金国庫債券印鑑等届出書

裁定通知書の記号及び番号

| 償還金支払場所 | 記名者住所 | 記名者氏名 | 印鑑 |
|-------------------|---------------------|-------|----|
| * (都道) 府県 | * 都道 市区 府県 町村 | * | * |
| (都道府県) | 都道 市区 府県 町村 | | |
| (都道府県) | 都道 市区 府県 町村 | | |
| (都道府県) | 都道 市区 府県 町村 | | |

| | | | | | |
|-------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 支払表示欄 | ●▲3年4月15日渡 | ●▲4年4月15日渡 | ●▲5年4月15日渡 | ●▲6年4月15日渡 | ●▲7年4月15日渡 |
| | | | | | |

| | |
|-----|------|
| 記号 | い |
| 金額面 | 25万円 |
| 番号 | |

注意 *印は、特別弔慰金請求者が記入し又は印を押すこと。