様式第21号(別表第2関係)

配偶者又は父母が引き続き1年以上生死不明であることの確認願

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日　民生・児童委員　　　　　　　　　　　　　様申立人　住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　福祉医療費助成制度(母子、父子、遺児)の認定請求を行うために必要ですので、下記のことが事実であることを確認願います。記 |
| 配偶者又は父母の氏名及び生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
| 生死不明になっている期間 | 　　年　　月　　日から引き続き現在まで |
| 生死不明になった当時の住所 | 　 |
| 生死不明になった当時の状況 | 　 |
| その後の経過 | 　 |
| その他参考事項 | 　 |
| 民生・児童委員確認欄 | 　　年　　月　　日　　　　上記の申立てが事実であることを確認します。民生・児童委員　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　申立人　　　　　　　　　　　　　　様 |

1　この願は、対象者の配偶者又は父母の生死が1年以上明らかでないことにより福祉医療費助成制度(母子、父子、遺児)の認定請求をする場合に添付してください。

2　沈没した船舶に乗っていた場合その他死亡の原因となるべき危難に遭遇し、その危難が去った後3箇月以上父の生死が明らかでないことにより福祉医療費助成制度(母子、父子、遺児)の認定請求をする場合には、この書類の代わりに警察署その他の官公署、関係会社等の証明書を添付してください。