

障害児福祉手当
未支払 特別障害者手当 請求書
(福祉手当)

(ふりがな) 死亡した 受給者氏名		死亡日	令和 年 月 日
住 所			
未支払期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで		
未支払金額	円		

障害児福祉手当
上記の未支払分の 特別障害者手当 を支給して下さい。
(福祉手当)

令和 年 月 日
住所 _____

氏名 _____ ㊟
(受給者との続柄)

金融機関名 _____

支店名等 _____

預金の種別 (普通預金・当座預金)
口座番号 _____
フリガナ _____
口座名義 _____

富士・東部保健福祉事務所長 殿

※受付年月日	令和 年 月 日			
※審査	未支払期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月		担当印
	未支払金額	円		担当印

- ◎ 死亡した受給資格者との続柄を証明する書類を添付して下さい。
- ◎ ※印は記入しないで下さい。