

様式第17号(第21条関係)

障害児福祉手当
特別障害者手当 受給者死亡届
福祉手当

受給者の氏名	
受給者の住所	
死亡年月日	年 月 日

上記のとおり受給者が死亡したので、障害児福祉手当及び特別障害者手当の支給に関する省令第10条の規定により届け出ます。

年 月 日

住 所

氏 名

受給者との続柄()

十日町市福祉事務所長 様

注 死亡を証する書類を添付すること。