

障害児福祉手当

未支払

特別障害者手当

請求書

福祉手当

死亡した受給者氏名		死亡年月日	
死亡した受給者住所			
未支払期間	年 月 から 年 月まで		
未支払金額	円		

上記の未支払分の 障害児福祉手当  
特別障害者手当 を支給してください。  
福祉手当

年 月 日

住所

氏名

死亡した受給者との続柄 ( )

十日町市福祉事務所長 様

<未支払手当 振込口座>

金融機関名	銀行・労金 信組・農協		支店
フリガナ			
口座名義人			
口座種別	1 普通 2 当座	口座番号	