様式第１７号（第２４条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 未支払 | 障害児福祉手当特別障害者手当（福祉手当） | 請求書 |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | お亡くなりになった日 |
| 受給者氏名 |  | 　　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　（　　　　）　　　　　　 |
| 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（福祉手当） | を支給してください。 |
| 　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　（受給者との続柄）　　　春日部市福祉事務所長　あて |
| ※受付年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ※審　　査 | 未支払期間 | ～ | 担当印 |  |
| 未支払金額 | 円　　　 | 担当印 |  |

◎　※印欄は記入しないでください。