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。