

様式第17号 (第24条関係)

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		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	

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

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。