

# 記入例

障害児福祉手当  
未 支 払 特別障害者手当 請  
(福祉手当)

ふりがな	かすかべ たろう	お亡くなりになった日
受給者氏名	春日部 太郎	令和〇年〇月〇日
住 所	〒344-〇〇〇 春日部市〇〇〇〇	電話番号 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇
未支払期間	令和〇年〇月 から 令和〇年〇月 まで	
未支払金額	〇〇,〇〇〇円	

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)

令和〇年〇月〇日

住 所 春日部市〇〇〇〇

氏 名 春日部 花子 印

(受給者との続柄) 妻

春日部市福祉事務所長

**未支給請求ができる方は、配偶者及び扶養義務者に設定している方です。**

※受付年月日			
※ 審 査	未支払期間		
	未支払金額	円	担当印

◎ ※印欄は記入しないでください。