

障害児福祉手当

特別障害者手当 未支払手当請求書

経過的福祉手当

死亡者	氏名					
	住所	〒				
	死亡年月日	年	月	日		
請求者又は届出者	氏名					
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 死亡者に同じ				
	死亡者との続柄		電話番号			
未支給期間	年 月 分から 年 月 分まで					
未支給金額	円					
支払希望 金融機関	銀行 信用金庫 ( )	本店 支店 出張所	普通 当座 ( )	口座番号		
	ゆうちょ銀行	記号	番号			
	口座名義人カナ					
<p>上記のとおり、受給資格者が死亡したので届け出ます。 上記の者の死亡に伴い、未支給手当の支給を請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">春日部市福祉事務所長 殿 電話番号</p>						
※受付年月日						
※審 査	未支給期間	～			担当印	
	未支給金額	円			担当印	

※ 欄は記入しないでください。