|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 未支払 | | 障害児福祉手当  特別障害者手当  経過的福祉手当 | | | | 請求書 | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (ふりがな)  死亡した受給者氏名 | |  | | | | | | | | | 死亡日 | | | | 年　　月　　日 | | |  |
|  | | | | | | | | |
| 住所 | | 伊豆の国市 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 未支払期間 | | 年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日　まで | | | | | | | | | | | | | | | |
| 未支払金額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払方法 | 口座開設場所及び預金種別 | | | 銀行  (金庫)　　　(本)支店 | | | | | | | | 口座名義 | | フリガナ | | | |
| (氏名) | | | |
| 普通  当座 | | 第　　　　　　　号 | | | | | |
| 上記の未支払分の | | | | | | 障害児福祉手当  特別障害者手当  経過的福祉手当 | | | | | を支給してください。 | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  　　伊豆の国市福祉事務所長　様  住所  氏名  (受給者との続柄　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※　受付年月日 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※　審査 | | | | 未支払期間 | | | | | ～ | | | | | | | | | 担当印 | |
| 未支払金額 | | | | | 円 | | | | | | | | | 担当印 | |

◎　※欄は記入しないでください。