|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 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。