

未支払特別障害者手当等請求書			
(ふりがな) 死亡した受給者 氏 名		死亡日	令和 年 月 日
住 所			
未支払期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで		
未支払金額	円		
特別障害者手当 上記の未支払分の 障害児福祉手当 を支給して下さい。 福 祉 手 当 令和 年 月 日 住 所 ふりがな 氏 名 (受給者との続柄) 振込先金融機関名 預金種別（普通・当座） 口座番号			
※受付年月日			
※審 査	未支払期間	令和 年 月～令和 年 月	担当印
	未支払金額	円	担当印