

未支払特別障害者手当請求書

(ふりがな)		死亡日	年 月 日
死亡した受給者氏名			
住 所			
未支払期間	年 月 日から 年 月 日まで		
未支払金額	円		

上記の未払分の特別障害者手当を支給してください。

年 月 日

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	

- ◎ ※印欄は記入しないでください。
- ◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。