

## 未支払特別障害者手当請求書

(ふりがな) 死亡した受給者氏名	死亡日	年 月 日
住 所		
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。