

障害児福祉手当
特別障害者手当
(福祉手当) 未支払請求書

(ふりがな) 受給者の氏名		死亡日	年　月　日
受給者の住所			
未支払期間	年　月　から　　年　月　まで		
未支払金額	円		

障害児福祉手当
上記の未支払分の 特別障害者手当 を支給してください。
(福祉手当)

年　月　日

住所

氏名

受給者との続柄

茨城県県南県民センター長 殿

※受付年月日			
※審　　査	未支払期間	～	
	未支払金額	円	

- ◎ 「特別障害者手当等口座振替依頼書」を添付して提出してください。
- ◎ ※欄は記入しないで下さい。