

未支払特別障害者手当等請求書

受給者氏名		認定番号	No.
受給者住所	上田市		
未支払期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで		
未 支 払 金 額	円	金融機関名 口座番号等 ※郵便局は 不可	銀行・金庫・農協 支店・出張所・支所 口座No. : 普通・当座 口座名義人 : (カタカナで記入)
未支払 の理由	令和 年 月 日 受給者死亡 による		

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

令和 年 月 日

請求者住所  
電話番号 ( )

氏名 ⑩  
(受給者との続柄) :

(請求先) 上田市福祉事務所長

※受付年月日				
※審 査	未支払期間	から	まで	担当印
	未支払金額		円	担当印

〈注〉※印欄は記入しないでください。