

心身障害者福祉手当未支払請求書

ふりがな 受給者 氏名		認定番号	
			死亡日	年 月 日
住所	江東区	丁目	番	号 方

未支払手当	年 月 分 ~ 年 月 分	
円	×カ月分 =円

上記、未支払分の心身障害者福祉手当を請求します。

年 月 日

請求者 (受給者と同居していた親族に限る)			
住所	江東区	丁目	番 号 Tel
氏名		印	受給者との続柄

未 支 払 分 振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合		支店 出張所	店番号
	普通預金・当座預金		
.....		ふりがな 口座名義 (請求者の口座)		

江東区長 殿

電算入力

その他

月期支給