

別記第12号様式（第21条関係）

未支払 障害児福祉手当 特別障害者手当 請求書  
(福祉手当)

(ふりがな) 死亡した受給 資格者氏名			死亡日	年 月 日
住 所				
未支払期間	年 月 日から		年 月 日	
未支払金額	円			
<p style="text-align: center;">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下さい。 (福祉手当)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">(受給者との続柄)</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">印</p>				
※ 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。