

障害児福祉手当
未支払 特別障害者手当 請求書
福祉手当

(ふりがな) 死亡した 受給者氏名		死亡年月日	令和 年 月 日
死亡した 受給者住所	南魚沼市		
未支払期間	年 月から 年 月まで		
未支払金額	円		

上記の未支払分の 障害児福祉手当
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 南魚沼市

氏 名

死亡した受給者との続柄 ()

(あて先) 南魚沼市長