

様式第 14 号

障害児福祉手当 特別障害者手当 未支払手当請求書 福 祉 手 当			
(ふ り が な) 死 亡 喪 失 者 受 給 者 氏 名		死 亡 日	年 月 日
住 所			
未 支 払 期 間	年 月 から 年 月 まで		
未 支 払 金 額	円		
支 払 先	金融機関名 口座番号	支店名 口座名義	
上記の未支払分の手当を支給して下さい。  年 月 日  <div style="text-align: right;">                     住 所                      氏 名                      (受給者との続柄 )                      (電話 )                 </div> 宇部市福祉事務所長 殿			
※ 審 査 欄	受 付 年 月 日	年 月 日	
未 支 払 期 間	～	確 認 者 職 氏 名	印
未 支 払 金 額	円	確 認 者 職 氏 名	印
支 払 先 確 認	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 (受給者の死亡当時、生計を同じくしていた者)		