

心身障害者福祉手当未支払請求書

(フリガナ) 死亡した 受給者氏名		死亡日	平成 年 月 日
住 所	武蔵村山市		
未支払期間	平成 年 月分から平成 年 月分まで		
未支払金額	(円× か月) 円		

上記の未支払分の心身障害者福祉手当を支給してください。

ただし、手当受領後は相続人代表として管理し、この件に関し市側に一切迷惑をおかけいたしません。

平成 年 月 日

住 所 武蔵村山市

氏 名 印

(受給者との続柄)

武蔵村山市長 殿

索引簿処理	平成 年 月 日	台帳処理	平成 年 月 日
口座振替内訳書	平成 年 月 日	パソコン処理	平成 年 月 日

<裏面も記入してください>

支払金口座振替依頼書

武蔵村山市から受領する心身障害者福祉手当については、下記の口座に支払を依頼します。

この依頼書に基づき支払がなされたときは、同時に武蔵村山市から請求金の弁済を受けたものとします。

なお、変更届を提出しない限り、下記支払方法で支払がなされることについて、異議の申立てはいたしません。

年 月 日

武蔵村山市長 殿

依 頼 人	住 所	〒 —					
	電 話 番 号						
	フリガナ						
	氏 名	(印)					
指 定 口 座	金 融 機 関 名	銀行・農協 信用金庫 信用組合			支店		
	預 金 種 別	1 普通	2 当座	3 貯蓄			
	口 座 番 号						
	フリガナ						
	口 座 名 義						