

特別障害者
未支払 障害児福祉 手当請求書
福祉

ふりがな		資格消滅 年月日 (死亡 日)	平成 年 月 日
受給者 氏名			
受給者 住所	武蔵村山市		
未支払期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
未支払金額	円		

特別障害者
上記の未支払分の 障害児福祉 手当を支給してください。
福祉

平成 年 月 日

請求者 氏名		⑩	受給者との 続柄	
請求者 住所	武蔵村山市			
振込 口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店	預金 種別	当座預金 普通預金 口座番号 (7ケタ)
ふりがな				
口座名義人 氏名				