

様式第16号 (第9関係)

特別障害者手当
障害児福祉手当 未支払請求書
(福祉手当)

年 月 日

(宛先) 長 野 市 長

住 所

氏 名

本人との続柄

連絡先(電話)

特別障害者手当
次のとおり未支払分の障害児福祉手当 を支給してください。
(福祉手当)

受給者の住所	
(ふりがな) 受給者の氏名	
未支払期間	年 月 ~ 年 月まで
未支払金額	円
支払金融機関	銀行 金庫 支店 組合 農協 支所 口座番号 普・当 _____ フリガナ 名義人

※ 注 支払金融機関の口座は請求者名義