

様式第13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

印

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)<br>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<br>組合 農協 支所<br>口座番号 普・当 _____ フリガナ<br>名義人 |

※ 注 支払金融機関の口座は請求者名義