

記入例

未支払 心身障害者福祉手当 難病患者福祉手当 請求書

私は受給者の死亡の当時同居していた親族であり、親族間の代表として未支払(心身障害者福祉・難病患者福祉)手当の支給を請求します。

なお、この手当の受給については私が責任をもって親族間の調整をいたします

江戸川区長 殿

窓口提出日または
郵送提出日

〇〇年 2 月 3 日

死亡された受給者	ふりがな氏名	えどがわ たろう			死亡日	〇〇年 1 月 25 日					
	住所	江戸川 太郎			生年月日	S45 年 1 月 1 日					
請求者及び振込口座	住所	江戸川区中央1-4-1-207			電話	03 (5662) 0062					
	ふりがな氏名 (口座名義人)	え	ど	が	わ	い	ち	た	ろ	う	
	金融機関名	えどがわ 銀行・信金・信組・農協 中央 支店			受給者との続柄	(長 男)					
	支店番号	0	0	1	口座番号	0	0	0	0	0	0
<p>(請求者に代わって届け出る場合に記入してください。)</p> <p>電話 03 (5662) 0062</p> <p>届出人住所 江戸川区中央1-4-1-207</p> <p>届出人氏名 江戸川 桃子</p> <p>(受給者との続柄 長男の妻)</p>											

押印してください

印

銀行

印

押印してください

同居の親族の名義

未支払期間	年 月から 年 月まで	未支払金額	円
同居の親族である確認	住民票の写し ・ 住民登録画面 戸籍の付票 ・ その他()	受付確認者	

処理欄

認定番号 心障 難病	ケースNo. _____ 名義人整理番号	入力			
		入力日			