

# 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します。

江戸川区長 殿

		年 月 日		
死亡された受給者	ふりがな氏名		死亡日	年 月 日
	住 所		生年月日	年 月 日
請求者及び振込口座	住 所	電話 ( )		
	ふりがな氏名 (口座名義人)	受給者との続柄 印 ( )		
	金融機関	金融機関名	銀行・信金・信組・農協 支店	
		支店番号	口座番号	
(請求者に代わって届け出る場合に記入して下さい。)				
電話 ( )				
届出人住所				
届出人氏名 印				
(受給者との続柄 )				

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			