

障害児福祉手当  
未支払 特別障害者手当 請求書  
(福祉手当)

一金 円

ただし、障害児福祉手当  
による未支払 特別障害者手当  
(福祉手当)

上記のとおり請求します。

年 月 日

(請求者) 住所 丁目 番 号  
氏 名 町 番地

(受給資格者との続柄) \_\_\_\_\_

鹿児島市福祉事務所長 殿

(支払希望方法)

- 直接払
- 隔地払
- 口座振替払

銀行 本店 普・当 口座番号  
信用金庫 支店 口座名義 (カタカナ)  
農協 出張所

課長	係長	係	起案	・	・	支給事由消滅
			決裁	・	・	
伺	つぎのとおり決定し、請求者に通知します。					1. 支給 2. 却下
未支払手当額	年 月分から 年 月分まで		円	支払 却下	通知年月日	・
受付	受給者台帳	支払通知	支払明細	住民票		

※ 太線内は、記入しないで下さい。