

様式第6号(第10条関係)

春日市心身障害者福祉手当未支払手当請求書

死亡した 受給者氏名	(受給者番号)
死亡日	年 月 日
住 所	
未支払期間	年 月から 年 月まで
未支払金額	円

上記のとおり、春日市心身障害者福祉手当規則第10条第2項の規定により未支払分の春日市心身障害者福祉手当を請求します。

なお、支払については、次の口座に振込んでください。

未支払手当 振込先	銀行 農協		本・支店 出張所
	普通・当座	口座 番号	口 座 名義人

年 月 日

住 所

氏 名

(受給者との続柄)

(宛先)春日市長

審査		
未支払期間	~	
未支払金額	円	
備 考		