様式第8号の2(第20条関係)

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　障害児福祉手当　　　　　　　　　特別障害者手当　死亡届・未支払請求書　　　　　　　　　　(福祉手当) |
| 　 | (ふりがな)受給資格者氏名 | 　 | 　 |
| 　（個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 住所 | 　 |
| 死亡年月日 | 　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 未支払期間 | 　　　　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月まで |
| 未支払金額 | 円　　　　　　　　　 |
| 支払希望金融機関 | 　金融機関名　　　　　　　　　口座番号　口座名 |
| 　　上記のとおり受給資格者が死亡したので届け出ます。 |
| 　　なお、上記の未支払分の | 障害児福祉手当特別障害者手当(福祉手当) | を支給してください。 |
| 　　　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　㊞個人番号死亡者との続柄　　　　　　　射水市社会福祉事務所長　　　　殿 |

◎　届出人が氏名を自署する場合は押印を省略することができる。

◎　不要の文字は、抹消すること。