

障害児福祉手当
特別障害者手当 未支払手当請求書
経過的福祉手当

未支払いとなっている手当について、下記のとおり支払ってください。

受給資格者氏名	
未支払いとなっている期間	年 月から 年 月分
未支払金額	円

年 月 日

氏 名



東京都西多摩福祉事務所長 殿

◎申請にあたっての注意

- 1 未支払手当の請求は、受給者の死亡当時受給者と生計を同じくしていた配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹の方のみができます。受給資格者と請求者が生計を同じくしていたことが分かる書類（世帯員全員が載った住民票等）を合わせて提出ください。
- 2 本請求書は、資格喪失届又は異動届と同時に申請してください。

(日本工業規格 A 列 4 番)