様式第14号(第10条関係)

|  |
| --- |
| 未支給特別障害者手当（障害児福祉手当）支払請求書年　　月　　日　　八頭町長　　　様請求者　　住所　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印　　　支給を受けていない特別障害者手当（障害児福祉手当）の支払について、次のとおり請求します。 |
| 死亡者 | 氏名 | 　 | 死亡年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 　 |
| 請求者 | 氏名 | 　 | 死亡者との続柄 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 未支給期間 | 年　　　月分から年　　　月分まで | 未支給金額　　　　　　　　　　　円 |
| 　死亡した受給者には、死亡日に死亡した受給者と同一の世帯に属する次のような人がいましたか。 |
| 先順位者 | 配偶者 | 子 | 父母 | 孫 | 祖父母 | 兄弟姉妹 |
| いるいない | いるいない | いるいない | いるいない | いるいない | いるいない |
| 備考※　住民票の写し(世帯全員)を添付してください。 |