

様式第7号(第7条関係)

在宅重度心身障害者手当未支給手当請求書

対象者	住所 氏名 死亡 年 月 日
請求者又は 届出者	住所 氏名

対象者に支給していた在宅重度心身障害者手当を次の口座に振替えていただくよう請求します。

振込先	銀行・信用金庫・組合		本・支店								
	口座種別	普通・当座	口座番号								
	ふりがな										
	口座名義人										

※振込先のわかる写しを添付してください。

※以下は記入しないでください。

担当者確認欄	未支払期間	年 月 分～ 年 月 分
	未支払金額	円