

長沼町外国人高齢者・障害者福祉給付金未支給金請求書

死亡した受給者	住所	長沼町 (☎ —)		
	ふりがな			
	氏名			
	死亡年月日	年 月 日		
請求者	住所	(☎ —)		
	ふりがな	ふりがな		
	氏名	通称名		
		通称名は、郵便のあて名として希望する場合のみご記入ください。		
	生年月日	年 月 日		
	死亡した受給者との続柄		性別	男 ・ 女
他の生計同一者の有無	有 () ・ 無			
請求額の内容	未支給期間	年 月分～ 年 月分		
	請求額	円		
振込先	金融機関名	(銀行・金庫・組合)		
	口座名義	(ふりがな)	預金種別	当座・普通
		氏名	口座番号	
<p>上記のとおり、長沼町外国人高齢者・障害者福祉給付金支給要綱第 16 条第 4 項の規定に基づき、福祉給付金の未支給金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>長沼町長 様</p> <p style="text-align: right;"><届出者> _____ 印</p>				
添付書類	<p>1 死亡した証明する書類 (死亡診断書の写し等)</p> <p>2 死亡した受給者との続柄を証明する書類</p> <p>3 その他 ()</p>			

※ 他の生計同一者がいる場合は、その内容を具体的に記入してください。