

特別障害者手当・障害児福祉手当誓約書

年 月 日

高松市福祉事務所長 殿

住 所

氏 名

特別障害者手当・障害児福祉手当受給者である が
年 月 日に死亡したことにより、 年 月分～ 年 月分の特別
障害者手当・障害児福祉手当未支払分について、親族を代表して受領致します。

また、今回の受領については、他の親族と協議済みであり、他の親族から抗議等があった場合には、責任を持って対処いたします。