第　　　　　　　号

年 月 日

窓空宛名

特別児童扶養手当証書の交付について

　　　　（申請者） 様

市　町　村　長　印

**固定文言１**

先に申請のありました特別児童扶養手当について、都道府県名より「特別児童扶養手当証書」の交付がありましたので、下記のとおりこの証書をお渡しします。

つきましては、申請された窓口までお越しください。

記

**固定文言４**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 |  | 証書番号 |  |
| お持ちいただくもの  **固定文言２** | **固定文言３** | | |
| 留意事項 | 1．支払については、厚生労働省が行います。  2．前もって届出のありました金融機関の通帳に振込みします。  （振込通知は、出しておりません）  3．振込みは、４月、８月、12月の○日予定となっております。  （予定日以降に通帳で確認してください）  4．お渡しする証書の裏面に説明および注意書きがありますので、受け取られたら必ずお読みください。 | | |
| 備　　考  **固定文言５** | **固定文言６＋編集１** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |