第　　　　 号

年 月 日

窓空宛名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手　　当　　名支給開始決定通知書  福祉事務所長　　印  申　請　日付けで届出のありました手　　当　　名については、下記のとおり支給を開始しますので通知します。  なお、支給開始年月－１か月分以前に未払いの手当があった場合、該当分については前居住地を管轄する市区町村が支給しますのでご注意ください。  記 | | | | | | |
|  | 受給者氏名 | |  | | |  |
| 受給者住所 | |  | | |
| 支給手当月額 | |  | 支給開始年月 | から |
| 振込先又は  支払場所 | |  | | |
|  | 備考  **固定文言１** | | **固定文言２＋編集１** | | |  |
| **自由記載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 | | | | |