第　　　　　号

窓空宛名

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手　　当　　名の診断書の提出について  福祉事務所長　印  下記の診断書を診断書の提出期限までに、提　出　先に提出してください。  なお、正当な理由がなく提出期限内に提出しない場合には、特別児童扶養手当等の支給に関する法律第１１条の規定により、診断書の提出期限の翌月分から手当を受けることができなくなります。また、手当が所得制限により支給停止となる場合は、診断書の提出を省略することができます。  記 | | | | | |
|  | 受給者氏名 | |  |  | |
| 受給者住所 | |  |
| 提出書類 | | **固定文言１＋編集１**  診断書 |
| 提出を要する理由 | | **固定文言２**  引き続いて手当の支給を受けるためには障害の状態を確認する必要があります。 |
| 備考  **固定文言３** | | **固定文言４＋編集２** |
| **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 | | |