第　　　　　号

窓空宛名

　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特別児童扶養手当障害状態再審査（診断）請求書の提出について  　　　　（申請者） 様  市　町　村　長　印  **固定文言１**  あなたが受給している特別児童扶養手当について、支給対象児童の再認定時期となりましたので、下記のとおり書類を提出してください。  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、再認定月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 | | | | | |
| 受給資格者  氏　　　名 | |  | 記号・番号 |  | |
| 対象児童氏名 | |  | | | |
| 提出書類  **固定文言２** | | **固定文言３＋編集１**   1. 障害状態再審査（診断）請求書 2. 特別児童扶養手当認定診断書   ※診断書は、提出期限の月又はその前月中に作成してください。  ※障害の種類によって診断書の様式は異なります。 | | | |
| 提出期限 | | から　　　　　　　まで | | | |
| 備　　考  **固定文言４** | | **固定文言５＋編集２** | | | |
| （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 | | | |