第　　　　 号

年 月 日

窓空宛名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特別児童扶養手当支給停止解除通知書  都道府県知事・指定都市市長　　印  **固定文言１**  あなたは、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の規定(第6条、第7条、第8条)により、支給停止となっておりましたが、この度これが解除されましたので通知します。  記 | | | | | |
|  | 受給者記号・番号 | |  |  | |
| 受給資格者氏名 | |  |
| 受給資格者住所 | |  |
| 解除年月 | |  |
| 解除の理由 | |  |
| 備考 | | **固定文言２＋編集１** |
| **固定文言３** | | | | | |
| (A列4番)  **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 | | |