第　　　　　号

窓空宛名

　年　　月　　日

**固定文言１**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 特別児童扶養手当有期認定通知書  都道府県知事・指定都市市長　　印  あなたの特別児童扶養手当の受給資格は、下記のとおり有期認定となりました。有期認定された期間以後引き続き特別児童扶養手当を受けようとするときは、次回提出期限までに下記の提出書類を提出してください。  記 | | | | |
| 受　給　者 | | 氏名 |  | |
| 住所 |  | |
| 支給対象  児　　童 | | 氏名 |  | |
| 受給者記号・番号 | | 第　　　　　　　号 | | |
| 有期認定  期　　間 | | 年　　月　から　　　年　　月　まで | | |
| 提出書類 | | **固定文言２**   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 | | 末日まで | | |
| 備　　考 | | **固定文言３＋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 | | |