様式第2号(第2条関係)

整理

番号

`第　　号

心身障害者福祉手当交付認定通知書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 |  | | |
| 受給者住所 | 三股町 | | |
| 支給手当  年額 | 円 | 支給開始  年月 | 年　　　月から |
| 支払場所 |  | | |

　　年　　月　　日付けで申請のありました手当の受給資格については、上記のとおり認定しましたので通知します。

　　年　　月　　日

三股町長

様