○○県民局長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市・町・村長

特別障害者手当等について（照会）

　このことについて、自立支援法（精神医療）に基づく申請がありましたので、別紙の者にかかる受給額（年額）等について、ご回答願います。

　　　　　　　　　　　　　　　 　送付先

|  |
| --- |
| 〒○○○○○○○○○○○○　○○○○○○○℡（○○）○○－○○○○　　　　　　　　　担当：○○ |

別　紙

|  |  |
| --- | --- |
| 自立支援医療（精神）申請者 |  |
| 生年月日 |  | 手当の種　類 |  |
|  |  | 特　障障害児福　祉 |  |
|  |  | 特　障障害児福　祉 |  |
|  |  | 特　障障害児福　祉 |  |
|  |  | 特　障障害児福　祉 |  |
|  |  | 特　障障害児福　祉 |  |
|  |  | 特　障障害児福　祉 |  |
|  |  | 特　障障害児福　祉 |  |
|  |  | 特　障障害児福　祉 |  |
|  |  | 特　障障害児福　祉 |  |