

特別児童扶養手当 障害認定通知書

受給資格者 氏 名	沖縄 花子	受給者 記号番号	沖 特 第 000000 号
受給資格者 住 所	〒 〇〇〇〇-〇〇〇〇 沖縄県〇〇〇〇〇〇〇〇		
対象の児童	沖縄 太郎	等 級	〇 級
認 定 期 間	令和 6 年 12 月～令和 8 年 11 月		
次回診断年月	令和 8 年 11 月		
備 考			

令和 6 年〇月〇日に届出がありました診断書について上記のとおり
認定しましたので通知します。

令和 8 年 12 月以降引き続き手当を受けようとするときは令和 8 年 11 月又は、
令和 8 年 10 月中に専門医の診断を受け、所定の様式による障害認定診断書
を作成してもらい、令和 8 年 11 月中に市町村の特別児童扶養手当担当課へ
ご提出ください。

令和〇年〇月〇日

沖縄県知事 名

沖縄 花子 様

注 意 1 これに不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して 3 か月以内に、書面で、沖縄県知事 に対して審査請求をすることができます。
なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して 3 か月以内であっても、この処分の日から起算して 1 年を経過したときは、審査請求をすることができません。
2 この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して 6 か月以内に、沖縄県 を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となります。）、
提起することができます。
なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して 6 か月以内であっても、この処分の日から起算して 1 年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。