第　　　　 号

年 月 日

窓空宛名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手　　当　　名資格喪失通知書  福祉事務所長　　印  下記のとおり、手　　当　　名の受給資格がなくなりましたので通知します。  記 | | | | | |
|  | 受給者氏名 | |  |  | |
| 受給者住所 | |  |
| 受給資格がなくなった理由 | |  |
| 受給資格がなくなった日 | | 年　　月　　日 |
| 備考  **固定文言１** | | **固定文言２＋編集１** |
| **自由記載１** | | | | | |
|  | | | | | |
| この処分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、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。  **教示文**  ただし、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、この処分の日の翌日から起算して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。  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、市町村（都道府県がした処分については都道府県）を被告として(訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）となります。)、提起することができます。  ただし、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、この処分の日の翌日から起算して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。 | | | | | |
| （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](mailto:xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa) | | |