|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　　 号  年 月 日   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 手　　当　　名被災非該当通知書  福祉事務所長　　印  申　請　日付けで被災状況書の提出がありましたが、下記のとおり支給停止を解除することに該当しませんので通知します。  記 | | | | | 受給者氏名 |  | | 受給者住所 |  | | 被災状況非該当の理由 |  | | 備 　考 | **固定文言１＋編集１** |     **教示文** | | |
| 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。  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。 |

翌年8月以降について再び手　　当　　名を受けようとするときは、翌年8月12日から9月11日の間に所定の書類により所得状況届を提出してください。

窓空宛名

**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](mailto:xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa) |