第　　　　 号

年 月 日

窓空宛名

特別児童扶養手当額改定通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

**固定文言１**

下記のとおり、特別児童扶養手当の額を改定しましたので通知します。

記

**教示文**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 給 者 | 氏　 　名 |  | | 受給者記号・番号 | 第　　　 号 |
| 住　 　所 |  | | | |
| 新たに対象となる  障 害 児 名 | | (1) | | (2) | |
| 改 定 前 | 支 給 対 象  障 害 児 数 | (1級) 　　　　　人 | 改 定 後 | 支 給 対 象  障 害 児 数 | (1級) 　　　　人 |
| (2級) 　　　　　　　人 | (2級） 　　　　人 |
| 手当月額 | 円 | 手当月額 | 円 |
| 改　定　年　月 | | 年　　月分から | | | |
| 備　　　　　考 | | **固定文言２＋編集１** | | | |

注意　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(A列4番)

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、都道府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。

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、都道府県(政令指定都市の場合は市)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、政令指定都市を代表する者は市長となります。)、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) |