第　　　　 号

年 月 日

窓空宛名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手　　当　　名認定通知書  福祉事務所長　　印  申　請　日付けで請求のありました手　　当　　名の受給資格については、下記のとおり認定しましたので通知します。  記 | | | | | | |
|  | 受給者氏名 | |  | | |  |
| 受給者住所 | |  | | |
| 支給手当月額 | | 円 | 支給開始年月 | 年　　　月から |
| 振込先又は  支払場所 | |  | | |
|  | 備考 | | **固定文言１＋編集１** | | |  |
| **自由記載１**  この認定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 | | | | |

（裏　面）

**自由記載２**

１　障害児福祉手当・特別障害者手当（福祉手当）は、２月、５月、８月、11月の年4回、それぞれの月の前月までの分をまとめて支払うこととなっています。

また、支払日は、当該支払月の　　日（日曜日、土曜日、祝日等の場合は、その直前の日曜日等ではない日）となります。

２　この手当等を受けるには、毎年８月12日から９月11日の間に､あなたやあなたの扶養義務者等についての前年の所得状況を届け出る必要があります。

３　あなたの氏名や住所などを変更したときは、14日以内に福祉事務所に届けてください。

４　この認定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。

５　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。