第　　　　 号

年 月 日

窓空宛名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特別児童扶養手当所得状況届督促通知書  　　　　（申請者） 様  市　町　村　長　印  **固定文言１＋編集１**  あなたが受給している特別児童扶養手当について、下記の理由により、支給差止しましたので通知します。下記の提出期限までに所得状況届を提出してください。  記 | | | | | |
|  | 受給者氏名 |  | 受給者記号・番号 |  |  |
| 受給者住所 |  | | |
| 支給差止の理由 | 提出期間内に所得状況届が未提出であり、受給者の所得状況等について確認ができないため | | |
| 支給差止の期間 | から | | |
|  | 提出期限 |  | | |  |
|  | 備考  **固定文言２** | **固定文言３＋編集２** | | |  |
| 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、都道府県名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、市町村名１を被告として(訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。)、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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  メール　　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa | | | | | | |