第　　　　 号

年 月 日

窓空宛名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 手　　当　　名支給停止通知書  福祉事務所長　　印  あなたの手　　当　　名については、下記のとおり、支給停止しましたので通知します。  記 | | | | |
|  | 受給者氏名 | |  |  |
| 受給者住所 | |  |
| 支給停止の理由 | |  |
| 支給停止の期間 | | 年　　　月から　　　年　　月まで |
| 備考 | | **固定文言１＋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。  **固定文言２**  支給停止の措置を受けた場合で、翌年8月以降について手当の支給を受けることを希望するときは、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。 | | | | |
| （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 | | |