第　　　　 号

年 月 日

窓空宛名

特別児童扶養手当額改定請求却下通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

申　請　日付けで特別児童扶養手当の額の改定請求がありましたが、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

**教示文**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 請求者氏名 | **自由記載１** | 受給者記号・番号 | 第 　　号 |
| 請求者住所 |  | | |
| 却 下 し た 理 由 |  | | |

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。

また、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。

(A列4番)

|  |  |
| --- | --- |
| （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 |