

様式第十三号（第十九条関係）

（表 面）

第 号						<u>特別児童扶養手当額改定通知書</u>					
受給者	氏名					証書 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		令和 年 月分から									
備考											
<p>上記のとおり、特別児童扶養手当の額を改定しましたので通知します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">知事</p> <p style="text-align: right;">市長</p> <p style="text-align: center;">殿</p> <p style="text-align: right;">印</p>											

(A列4番)

注意

- 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。