第　　　　 号

年 月 日

窓空宛名

特別児童扶養手当資格喪失通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

**固定文言１**

下記のとおり、受給者は特別児童扶養手当の受給資格がなくなりましたので通知します。

記

**教示文**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 　　名  **自由記載１** |  | 受給者記号・番号 | 第　　　　号 |
| 住　　 所 |  | | |
| 受給資格が  なくなった  理由 |  | | |
| 受給資格がなくなった日 | 年　　月　　日 | | |

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 |