

様式第十三号（第十九条関係）

第 号							
<u>特別児童扶養手当額改定通知書</u>							
受給者	氏名			受給者 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							
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。							
令和 年 月 日							
知事 市長							
殿							
印							

(A列4番)

注意

- 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。
- 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。