

様式第十三号（第十九条関係）

|                                                                                                                                               |              |           |   |              |              |                |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|---|--------------|--------------|----------------|---|
| 第 号                                                                                                                                           |              |           |   |              |              | 特別児童扶養手当額改定通知書 |   |
| 受給者                                                                                                                                           | 氏 名          |           |   | 受給者<br>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<br>障害児数 | (1級)      | 人 | 改定後          | 支給対象<br>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<br/>市長<br/>殿</p> <p style="text-align: right;">印</p> |              |           |   |              |              |                |   |

(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。