様式第4号(第3条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | | 支給停止通知書 |  | |
|  | | | | | | | | |
|  | 氏名 | | |  | | | |  |
| 住所 | | |  | | | |
| 支給停止の理由 | | |  | | | |
| 支払停止の期間 | | | 年　　月から　　　　　　年　　月まで | | | |
| あなたの | | 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | | については、上記のとおり支給停止しましたので通知します。 | | | |
| この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、島根県知事に対して審査請求をすることができます。  　この処分については、上記の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、出雲市を被告として（訴訟において出雲市を代表する者は出雲市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。  ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することはできなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められることがあります。  　　　　　　年　　月　　日  出雲市福祉事務所長  　　　　　　　　様 | | | | | | | | |

　◎　支給停止の措置を受けた場合で、翌年8月以降について手当の支給を受けることを希望するときは、翌年8月11日から9月10日の間に所定の書類により所得状況届を提出してください。