様式第4号（第12条関係）

障害児福祉手当特別障害者手当

（表面）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 障害児福祉手当  認定通知書  特別障害者手当 | | | |  |
|  | 受給者氏名 |  |  |  |  |
|  | 受給者住所 |  |  |  |  |
|  | 支給手当月額 | 円 | 支給開始年月 | 年　　月から |  |
|  | 支払場所 |  | | |  |
| 年　　月　　日付けで請求のありました　　　　　　　の受給資格については、上記のとおり認定しましたので、通知します。  　　　　　　年　　月　　日  福祉事務所長  　　　　　　　　様 | | | | | |

◎　裏面の注意をよく読んでください。

（裏面）

１　障害児福祉手当・特別障害者手当（福祉手当）は、２月、５月、８月、11月の年４回、それぞれの月の前月までの分をまとめて支払うこととなっています。

また、支払日は、当該支払月の　　日となりますので、この通知書と印鑑を持参のうえ、所定の支払場所で支払いを受けてください。

２　この手当等を受けるには、毎年８月11日から９月10日の間に、あなたやあなたの扶養義務者等についての前年の所得状況を届け出る必要があります。

３　あなたの氏名や住所などを変更したときは、14日以内に福祉事務所（福祉課）に届けてください。

４　この認定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、香川県知事に対して審査請求をすることができます。

　　ただし、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。

５　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、丸亀市を被告として（訴訟において丸亀市を代表する者は丸亀市長となります。）、提起することができます。

　　ただし、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。