様式第9号（第21条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 障害児福祉手当  特別障害者手当資格喪失通知書  （福祉手当） | |  |
|  | 氏名 |  |  |
|  | 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 |  |
| 上記のとおり、　　　　　　　の受給資格がなくなり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。  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。  　　　　　　年　　月　　日  福祉事務所長  　　　　　　　　様 | | | |

障害児福祉手当特別障害者手当（福祉手当）