様式第４号

第　　　　　　　　　号

　　年　　月　　日

施設等の名称

施設等の種類

施設等所在地又は里親住所地

設置者等の氏名（法人名等）　　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 日　南　町　長 | 印 |

額　改　定

児童手当 　　　　　　 　通知書（施設等受給者用）

額改定請求却下

　 　　請求、届出

児童手当の額の改定については 　により、次の

職　　　権

改定

とおり　　　しましたので通知します。

却下

　なお、この決定に不服のあるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して60日以内に鳥取県知事に対して審査請求をすることができます。さらに、この決定の取消しを求める訴え（取消訴訟）は上記の審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に日南町を被告として（訴訟において市町村を代表する者は市町村長となります。）提起することができます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 額　改　定　に　関　す　る　事　項 | | | |
|  | | | |
| 1.改定後の支給対象児童数   |  | | --- | | （３歳未満）　　　　　　　　　人 | | （３歳以上）　　　　　　　　　人 | | 計　　　　　　　人 |   2.改定後の手当月額   |  | | --- | | （３歳未満）　　　　　　　　　円 | | （３歳以上）　　　　　　　　　円 | | 計　　　　　　　円 | | |  |  |
| 3.改定年月 　　　　年　　月から  4.増額または減額の原因となる児童の氏名、生年月日及び改定の理由（※）  5.支給対象とならなかった児童の氏名、生年月日及び改定の理由（※）  （※）４、５については、この通知書の別紙をご確認ください | | | |
| 額　改　定　請　求　却　下　に　関　す　る　事　項 | | | |
| 却下した理由  （ ） | | | |
| 備考 |  | | |