様式第13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 |

児童手当　支給事由消滅通知書（施設等受給者用）

次のとおり児童手当の支給事由が消滅しましたので通知します。

　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

1.消滅した日 　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

2.消滅の理由