様式第13号

第　　　　　　　　　号

令和　　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等住所地

設置者等の氏名（法人名等）　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 小　野　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。

　この処分について不服があるときは、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、福島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、この通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、町を被告として（訴訟において町を代表する者は町長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決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（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）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ができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）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場合があります。

記

1.消滅した日 　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

2.消滅の理由