様式第6号(第3条関係)

(表面)

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　様 |
|  |  |
| 特別障害者手当 (障害児福祉手当) 認定通知書 |
| 　 | 受給者氏名 | 　 | 　 |
| 受給者住所 | 　 |
| 支給手当月額 | 　 | 支払開始年月 | 　　　　年　　月から |
| 認定期間 | 　 |
| 次回診断年月 | 　　　　　　　　年　　　　　月 |
| 支払場所 | 　 |
| 　　年　　月　　日付けで請求のありました | 特別障害者手当障害児福祉手当 | 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　　日八頭町長　印　◎　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5日(日曜、土曜、休日の場合は、その直後の日曜日等ではない日)に口座振込となりますので、所定の支払場所で支払を受けてください。

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日以内に八頭町役場に届けてください。

(教示)

　この認定に不服があるときは、この通知書を受けた翌日から起算して３か月以内に、書面で、鳥取県知事に対して審査請求をすることができます。

　ただし、審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する決済の通知を受け取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。