様式第7号(第3条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 様  特別障害者手当（障害児福祉手当）認定請求却下通知書 | | | |
|  | 氏名 |  |  |
| 住所 |  |
| 却下した理由 |  |
| 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、上記の理由により認定を却下しましたので通知します。  　なお、これに不服があるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して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。  　なお、処分の取消しを求める訴えをする場合は、この通知書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。  　　　　　　年　　月　　日  八頭町長　印 | | | |