様式第8号(第4条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 様  特別障害者手当（障害児福祉手当）支給停止（解除）通知書 | | | |
|  | 氏名 |  |  |
| 住所 |  |
| 支給停止(解除)の理由 |  |
| 支給停止(解除)の期間 | 年　　　　月から　　　　　　年　　　　月まで |
| あなたの特別障害者手当（障害児福祉手当）については、上記のとおり、支給停止（解除）  しましたので通知します。  　なお、この支給停止（解除）に不服があるときは、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、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、この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、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。）、提起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裁決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 | | | |