様式第10号(第6条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 特別障害者手当（障害児福祉手当）支払差止通知書 | | | |
|  | 受給者の氏名 |  |  |
| 受給者の住所 |  |
| 支給差止の理由 |  |
| 支給差止の開始日 | 年　　　月分 |
| 上記のとおり特別障害者手当（障害児福祉手当）の支払いを一時差し止めましたので、  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か月日以内に、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。また、この処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決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ものは町長となります。)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  　　　　　　　　　　様 | | | |