様式第13号(第8条関係)

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　様　　　特別障害者手当（障害児福祉手当）資格喪失通知書 |
| 　 | 氏名 | 　 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 受給資格がなくなった理由 | 　 |
| 受給資格がなくなった日 | 　 |
| 　上記のとおり特別障害者手当（障害児福祉手当）の受給資格がなくなり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。また、この処分の取消しの訴えをする場合は、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。)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　　　 |