様式第十三号（第十九条関係）

第　　号

特別児童扶養手当額改定通知書

受給者	氏　　名		受給者記号・番号	第　　号	
	住　　所				
新たに対象となる障害児名		（１）		（２）	
改定前	支給対象障害児数	（１級）　人 （２級）　人	改定後	支給対象障害児数	（１級）　人 （２級）　人
	手当月額	円		手当月額	円
改定年月		令和　　年　　月分から			
備　　考					

上記のとおり、特別児童扶養手当の額を改定しましたので通知します。

令和　　年　　月　　日

知事

印

市長

殿

（Ａ列４番）

注意

１　これ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、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。

２　この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、都道府県（政令指定都市の場合は市）を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となり、政令指定都市を代表する者は市長となります。）、提起することができます。

なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。