様式第9号

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

施設等の名称

施設等の種類

施設等所在地又は里親等住所地

設置者等の氏名（法人名等）　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 土佐清水市長 | 印 |

認　　定

　　　　　児童手当　　　　　　　　通知書（施設等受給資格者用）

認定請求却下

令和　　年　　月　　日付で請求のありました児童手当については、

とおり認定

次の　　　 　 　 しましたので通知します。

理由で請求を却下

　この処分について不服があるときは、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、高知県知事に対して審査請求をすることができます。この処分については、上記の審査請求のほか、この通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、土佐清水市を被告として（訴訟において土佐清水市を代表する者は土佐清水市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知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。

　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定に関する事項 | | | |
|  | | | |
| 1.支給対象児童数   |  | | --- | | （３歳未満）　　　　　　　　　人 | | （３歳以上）　　　　　　　　　人 | | 計　　　　　　　　 人 |   2.手当月額   |  | | --- | | （３歳未満）　　　　　　　　　円 | | （３歳以上）　　　　　　　　　円 | | 計　　　　　　　 円 | | |  |  |
| 3.支給開始年月 令和　　年　　月から  4.支給対象児童の氏名及び生年月日（※）  5.支給対象児童に該当しない児童の氏名、生年月日及びその理由（※）  （※）4、5については、この通知書の別紙をご確認ください。 | | | |
| 認定請求却下に関する事項 | | | |
| 却下した理由  （ 　　　　 ） | | | |
| 備考 |  | | |