

様式第 21 号
大 保福第 号
年 月 日

一
大阪市 区

様

大阪市 区保健福祉センター所長

一
大阪市 区
大阪市 区保健福祉センター
地域保健福祉担当 (保健福祉)
電話番号 一
FAX 番号 一

住宅改修費給付取消通知書

年 月 日付 にて決定しました住宅改修費の給付については、
次の理由により取消する事を決定しましたので通知します。

記

対象者氏名

対象者住所

申請者氏名

申請者住所

取消日

取消の理由

改修箇所

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に、大阪市長に対して審査請求することができます。 (なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

また、この処分の取消しを求める訴え (取消訴訟) は、この処分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、大阪市を被告として (訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。) 提起することができます。 (なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると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。)