様式第2号(第2条関係)

第　　　　　号

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 　〒　　　―　　　　　　　　　　　　　　様 | 　　 |

　粕屋町長

障害児通所給付費支給決定通知書兼

利用者負担額減額・免除等決定通知書

　　年　月　日に申請がありました障害児通所給付費の支給及び利用者負担額減額・免除等について、児童福祉法第21条の5の3及び第21条の5の7の規定に基づき下記のとおり決定したので、受給者証を交付し通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番　　　　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 通所給付決定保護者氏名 |  |
| 給付決定年月日 |  | 給付決定に係る児童氏名 |  |
| 負担上限月額 | 円 | 左の上限月額の適用期間 |  |
| 多子軽減対象 |  |  |
| 給付決定内容 | 通所支援の種類 | 支援の内容及び支給量 | 有効期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 特記事項 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 肢体不自由児通所医療 | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 肢体不自由児通所医療(食事療養を除く)の負担上限月額 | 月額　　　　　　　　　　円 |  |
| 上限額の適用期間 |  |

不服申立て及び取消訴訟

1　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に福岡県知事に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、福岡県知事が指名する審理員に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。

2　また、処分取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に粕屋町を被告として(訴訟において粕屋町を代表する者は粕屋町長となります。)、提起することができます。なお、処分取消しの訴えは、前記の審査請求に対する採決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。)でなければ提起することができないこととされています。

　(1)　審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。

　(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

　(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。