様式第９号（第８条関係）

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

　　　　　　　　　　　　　　様

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　美幌町長

　　　　年　月　日に申請の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５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 |  |

・審査請求及び取消訴訟に係る教示

１　この処分について不服がある場合は、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箇月以内に、北海道知事に対して審査請求をすることができます。

なお、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箇月以内であっても、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、正当な理由のない限り、審査請求をすることができなくなります。

２　上記１の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、当該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箇月以内に、美幌町を被告として（訴訟において美幌町を代表する者は美幌町長となります。）、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

ただし、次のいずれかに該当するときは、当該審査請求に対する裁決を経ないで、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

1. 審査請求があった日の翌日から起算して３箇月を経過しても裁決がないとき。
2. この処分、そ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。

なお、当該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箇月以内であっても、当該審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して１年を経過したときは、正当な理由のない限り、この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。

問い合わせ先