様式第１号（第２条関係）

障害福祉サービス措置決定通知書

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

美幌町長

次のとおり障害福祉サービスを受けることができることに決定したので、通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 |  |
| 利用期間 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービスの種類 | サービスの内容 | 利用者負担額（月額） | |
| 本人 | 扶養義務者 |
| 居宅介護 |  |  |  |
| デイサービス |  |  |  |
| 短期入所 |  |  |  |
| 特記事項 |  | | |

　・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、美幌町長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の審査請求をしない場合でも、この処分があったことを知った日（上記１の審査請求をした場合は、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。

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６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、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