**多子軽減に伴う障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書**

様式第3号（第6条関係）

長福保介発第　　　号

平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　長洲町長　中逸　博光

平成　　年　　月　　日に申請のありました多子軽減に伴う障害児通所給付費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付決定保護者氏名 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 給付決定に係る  児童氏名 |  | 受給者  証番号 |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 給付決定に係る  児童氏名 |  | 受給者  証番号 |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 給付決定に係る  児童氏名 |  | 受給者  証番号 |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 平成　　　年　　月　　日 | 決定年月日 | 平成　　　年　　月　　日 |
| 本人支払額 | 円 | 申請に係る  サービス利用月 | 平成　　　年　　　月分 |
| 支給 | □する　　　□しない | 支給金額 | 円 |
| 不支給の理由 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関 |  | | | | | | |
| 口座種目 |  | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 |  | | | | | | |

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６０日以内に長洲町長に対し異議申立てをすることができます。なお、異議申立てをした場合には、長洲町長に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。

２　この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、長洲町を被告として（訴訟において長洲町を代表する者は長洲町長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６カ月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、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。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６０日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して６カ月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して６カ月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して１年を経過すると、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

長洲町　福祉保健介護課

住所　熊本県玉名郡長洲町大字長洲2766番地　　　　電話番号　0968-78-3135