様式第５号（第４条関係）

文書番号

　　年　　月　　日

小野町長　　　　　　　印

（介護給付費・訓練等給付・特定障害者特別給付費・療養介護医療費） 支給（給付）決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

　　年　　月　　日に申請のありました介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・療養介護医療費の 支給及び利用者負担額減額・免除等について、（障害者総合支援法第２２条（及び）第２９条）（障害者総合支援法 第３４条）（障害者総合支援法第５１条の７及び第５１条の１４）の規定に基づき下記のとおり決定し、受給者証を 交付しますので通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉サービス受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 地域相談支援受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給(給付)決定障害者(保護者)氏名 |  | 支給決定に係る 児 童 氏 名 |  |
| 障害支援区分 |  | 支給(給付) 決定年月日 |  | 障害支援区分の 有 効 期 間 |  |
| 支 給 決 定 内 容 | サービスの種類 | 支援の内容及び支給量 | 有効期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 特　記　事　項 |  |
| 利用者負担上限月額 |  | 左の上限月額の適用期間 |  |
| 特定障害者特別給付費(施設入所支援) |  | 左の給付費の 適用期間 |  |
| 特定障害者特別給付費(共同生活援助・重度障害者等包括支援) |  | 左の給付費の 適用期間 |  |

・不服申立及び取消訴訟

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か月以内に福島県知事に対し審査請求をす

　ることができます。

２　また、処分の取消しの訴えは、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か月以内に小野町を被告とし

　て（訴訟において小野町を代表する者は小野町長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の

　審査請求に対する裁決を経た後（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。

問い合わせ先

小野町役場　健康福祉課

〒 963-3492 福島県田村郡小野町大字小野新町字舘廻９２

TEL 0247-72-6934 FAX 0247-72-3121