様式第９号（第７条関係）

文書番号

　　　　年　　月　　日

小野町長　　　　　　　　印

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

　　　　　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）の支給変更及び利用者負担額減額・免除等の変更について、障害者総合支援法第22条、同法第29条、 同法第34条の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | 支給決定障害者  （保護者）氏名 |  |
| 変 更 年 月 日 |  | | | | | | | | | | | 支給決定に係る 児　童　氏　名 |  |
| 変 更 の 内 容 | 変更前 | | | |  | | | | | | | | |
| 変更後 | | | |  | | | | | | | | |

　受給者証を小野町健康福祉課に提出してください。ただし既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先

小野町 健康福祉課 福島県田村郡小野町大字小野新町字舘廻９２

0247-72-6934

提出期限 　　　　年　　月　　日

・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