様式第２５号（第１６条関係）

文書番号

　　　　年　　月　　日

小野町長　　　　　　　　印

自立支援医療費支給認定通知書（新規・再認定・変更）

　障害者総合支援法第５４条第１項の規定に基づき、下記のとおり認定し、医療受給者証を交付しま すので通知します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号  |  | 支給認定障害者（保護者）氏名 |  |
| 支給認定日 |  | 支給認定に係る 障害児氏名 |  |
| 有　効　期　限 |  |
| 自己負担上限額 |  |
| 指定医療機関の 所在地名称 | 病　院 診療所 |  |
| 薬局 |  |
| 訪問看護 事業所 |  |
| 備　　　　　考 |  |

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