様式第３号（第４条関係）

文書番号

　　　　年　　月　　日

小野町長　　　　　　　　印

障害児通所給付費 支給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障害児通所給付費の支給及び利用者負担額減額・免除等について、 児童福祉法第２１条の５の３及び第２１条５の７の規定に基づき下記のとおり決定したので、受給者証を交付し通 知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | |  |  |  |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | 通所給付決定  保護者氏名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 給付決定年月日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 給付決定に係る 児 童 氏 名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 負担上限月額 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 左の上限月額の  適 用 期 間 | | | |  | | | | | | | | | |
| 多子軽減対象 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 給 付 決 定 内 容 | 通所支援の種類 | | | | | | | | | 支援の内容及び支給量 | | | | | | | | | | | | | | 有効期間 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 特　記　事　項 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肢体不自由児通所医療 | 公費負担者番号 | | | | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | 公費受給者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 肢体不自由児通所医療  （食事療養を除く）の  負担上限月額 | | | | | | 月額 円 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 上　限　額　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