様式第４号（第４条関係）

却下決定通知書

文書番号

　　年　　月　　日

小野町長　　　　　　　　印

　　　　　年　　月　　日に申請のありました((障害児通所給付費)(及び)(利用者負担額減額・免除等))につ いては、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 申 請 事 項 |  |
| ２ | 却下の理由 |  |

・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