様式第3号(第6条関係)

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

色麻町医療用ウィッグ等購入費助成金交付決定（却下）通知書

色麻町長

年　　月　　日付で申請のあった医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請について、下記のとおり決定し、助成金の交付を決定（却下）したので通知します。

記

1. 助成金を決定します。

　　助成金の決定（確定）金額　　　　　　　　　円

　　（内訳）

　　・本人支払額（　　　　　　円）

または

・上限20,000円（乳房補正具　右・左）または30,000円（ウィッグ）　※どちらか一方に○

　　　　　　　　　　　2　助成金を却下します。

（却下の理由）

この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、色麻町長に対して審査請求をすることができます。

　また、この決定の取り消しを求める訴えをする場合は、この決定の通知を受けた日の翌日から６か月以内に、町を被告として（訴訟において町を代表する者は町長となります。）、提起することができます（なお、決定を知った日から６か月以内であっても、決定の日から１年を経過すると決定の取り消しの訴えを提起することができなくなります）。ただし、審査請求をした場合には、この決定の取り消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の通達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に提起することができます。