様式第２０号（第１８条関係）

文　書　番　号

　　年　　月　　日

支給認定取消通知書

　支給認定者　氏名　　　　　　様

八頭町　長　　　印

障害者自立支援法第５７条の規定に基づき、次のとおり支給認定を取り消しましたので、通知します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 支給認定障害者（保護者）氏　名 |  |
| 支給認定取消日 |  | 支給認定に係る障害児氏名 |  |
| 取消理由 |  |

医療受給者証を　　年　　月　　日までに、下記返還先に返還してください。

返還先　　（担当部署を記入）

教示

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６０日以内に鳥取県知事に対し審査請求をすることができます。

　　２　また、前記の審査請求に対する裁決があったことを知った日から６か月以内に、八頭町を被告として(町長が被告の代表者となります。)、鳥取地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます。 (裁決があったことを知った日から６か月以内であっても、裁決の日から１年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)　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でなければ提起することはできないこととされていますが、次の①から③までのいずれかの場合は、裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

　　　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き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。

問い合わせ先

　　　（担当部署の連絡先を記入）

*（※）施設訓練等支援費の場合は、市町村長への異議申立て及び取消訴訟の教示とすること。*