（介護給付費　訓練等給付費）支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

様式第２号（第４条関係）

１）

文書番号

 支給認定者 様

 年 月 日

印

 八　頭　町　長

　　　　年　月　日に申請のありました（（介護給付費　訓練等給付費）の支給）（及び）（利用者負担額減額・免除等）について、（障害者自立支援法第２２条（及び）障害者自立支援法第２９条）（障害者自立支援法第３４条）の規定に基づき下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番　　　　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 支給決定障害者（保護者）氏名 |  |
| 支給決定年月日 |  | 支給決定に係る障害児氏名 |  |
| 障害程度区分 |  | 障害程度区分の有効期間 |  |
| 支給決定内容 | サービスの種類 | 支援の内容及び支給量 | 有効期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 特記事項 |  |
| 利用者負担上限月額 | 　　　　　　　　　　　円 | 左の上限月額の適用期間 |  |
| 特定障害者特別給付費 | 日額　　　　　　　　　円 | 左の給付費の適用期間 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療養介護医療 | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）の負担上限月額 | 月額　　　　　　　　　　円 | 食事療養（生活療養）の負担上限月額 | 月額　　　　　　　　　　　円 |
| 上限額の適用期間 |  |

不服申立て及び取消訴訟

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か月以内に鳥取県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、鳥取県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。

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か月以内に八頭町を被告として（訴訟において八頭町を代表する者は八頭町長となります。）、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。

問い合わせ先

　　　（担当部署の連絡先を記入）