様式第1号(第4条関係)

年　　月　　日

助産施設徴収金額決定通知書

　　　　　　　　　　様

八頭町福祉事務所長　　　　　　印

　助産施設への入所について助産の実施に要する費用の額を下記のとおり決定しましたので通知します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 施設名 | 　 |
| 徴収金額 | 　月額　　　　　　　　　円 |
| 適用期間 | 　　　　年　　　　月分から　　　　年　　　　月分まで |
| 摘要 | 　 |

　(教示)

　　この処分に不服がある場合は、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、町長に対して審査請求をすることができます。

　　また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して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。

　　ただし、審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の通知書を受け取っ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。