様式第３号

自立支援医療（育成医療）支給認定取消通知

　様

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第57条第１項の規定により、自立支援医療費に係る支給認定を次のとおり取り消しましたので、通知します。

なお、同条第2項の規定により、自立支援医療受給者証の返還を求めますので、次のとおり返還してください。

　　　　年　　月　　日

　　　八頭町長　　　　　㊞

記

|  |  |
| --- | --- |
| 取消日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 支給認定を取り消した受給者の氏名 |  |
| 自立支援医療費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 取　　消　　理　　由 |  |
| 医療受給者証の返還先 |  |
| 医療受給者証の返還期限 | 年　　　　　月　　　　　日 |

教　　　　示

　　　この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に八頭町長に対して異議申立てをすることができます。

　　　この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、八頭町長を被告として（訴訟において市町村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、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの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。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に異議申申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であれば、提起することができます。（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して１年を経過するとこの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）。