フォームの始まり

第２号様式（第４条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 養育医療徴収金額変更通知書  第　　　　　号  年　　月　　日  　　様  八頭町長  養育医療給付に係る徴収規則第５条の規定により、あなたが現在負担している額を  次のとおり変更しましたので、通知します。 | | | |
| 給付の種類 | 養育医療 | 医療券等の交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 給付を受ける者の氏名 |  | | |
| 変更後の徴収額 | 月額　　　　　円 | 変更後の額が適用される月 | 年 　　月から |
| 変更前の徴収額 | 月額　　　　　円 | 変更理由 |  |
| (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、異議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。 | | | |

フォームの終わり