様式第２号(第４条関係)

障害児通所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

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　支給認定者　　様

八頭町長　　　　　　　　印

　　　　　年　　月　　日に申請のありました障害児通所給付費の支給(及び)(利用者負担額減額・免除等)について、児童福祉法第２１条の５の３及び第２１条の５の７の規定に基づき下記のとおり決定したので、受給者証を交付し通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 通所給付決定保護者氏名 | 　 |
| 給付決定年月日 | 　　年　　月　　日 | 給付決定に係る児童氏名 | 　 |
| 負担上限月額 | 　　　　　　　円 | 左の上限月額の適用期間 | 　年　　月　から　　　年　　月 |
| 多子軽減対象 |  |  |
| 給付決定内容 | 通所支援の種類 | 支援の内容及び支給量 | 有効期間 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 特記事項 | 　 | 　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 肢体不自由児通所医療 | 公費負担者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 公費受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 肢体不自由児通所医療の負担上限月額 | 月額　　　　　　円（食事療養を除く） | 　 |
| 上限額の適用期間 | 　 |

不服申立て及び取消訴訟

　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カ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。

　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）