第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

障害者手帳交付決定通知書

都道府県知事・指定都市市長　印

**固定文言１**

　先に申請された精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第４５条の規定による精神障害者保健福祉手帳交付申請については、下記のとおり交付することに決定したので通知します。

　なお、「有効期限」を経過すると精神障害者保健福祉手帳は無効になりますので、指定された年月には必ず更新の手続きを受けるようにしてください。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 手帳番号 |  | 交 付 日 |  |
| 障害等級 |  | 有効期限 |  |
| **固定文言２**  備　　考 | **固定文言３＋編集１** | | |

教　　　示

**教示文**

　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か月以内に都道府県名知事に対して審査請求をすることができます（なお、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年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

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、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）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、その審査請求に対する裁決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、その審査請求に対する裁決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）。

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |

**自由記載１**