第　　　　　　号

窓空宛名

様式第２１号

１）

　年　月　日

市町村長　印

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給決定取消通知書

**固定文言１**

　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５１条の１７第１項・児童福祉法第２４条の２６第１項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉サービス  受給者証  番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 地域相談支援  受給者証  番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所受給者証番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | |
| 支給取消に係る  障害者（保護者） |  | | | | | | | | | | | 支給取消に係る  児童名 |  | | | | | | | | | |
| 支給取消日 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 取消理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害福祉サービス受給者証、地域相談支援受給者証又は通所受給者証提出先及び提出期限 | 提出先：提出先市町村名　提出先名称　提出先住所　　　　　　提出先電話番号  **固定文言２＋編集１**  提出期限：　提出期限日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**自由記載１**

**不服申立て及び取消訴訟**

不服申立て及び取消訴訟

１　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か月以内に　都道府県名　知事に対し審査請求をすることができます。

２　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　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、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。

３　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定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 |