別添様式例第７号

第 号

年 月 日

市 町 村 長 印

窓空宛名

補装具費支給決定通知書

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

**固定文言１**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住　　所 | 〒 | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | 電話番号 | |  | |
| 保　護　者　氏　名 | |  | | | | | 続　柄 |  | |
| 支　給　番　号 | |  | | 支給決定日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 決　定　内　容 | |  | | 借受け期間 | | | 年　月　日　～　　年　月　日 | | |
| 補　装　具　名 | |  | | | | | | | |
| 補装具事業者 | 名　称 |  | | | | | | | |
| 所 在 地 | 〒 | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | |
| 基準額 | | 見積額 | 利用者負担額 | | | | | | 公費負担額 |
| 円 | | 円 | 合計額 | | 円 | | | | （合計額）  円 |
| 月額負担上限額 | | | 月額  （借受けの場合） | | (初月)　　　　 　　　　 円 | | | |
| 円 | | | (中間月)　　　　　　　　円 | | | |
| (最終月)　　　　　　　　円 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **自由記載１**  教　　　　　示  この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に市町村名長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、市町村名長を被告として（訴訟において市町村名を代表する者は市町村名長となります。）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  **教示文**  [xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa) |