第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

自立支援医療（精神通院）支給変更決定通知書

○○○○都道府県知事・市町村長 印

**固定文言１＋編集１**

先に申請のありました自立支援医療費（精神通院）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受 給 者 番 号 |  | 変更決定日 |  |
| 受診者氏名 |  | | |
| 保護者氏名 |  | | |
| 有　効　期　間 | から　　　　　　　　　　　　　まで | | |
| 病院・診療所 |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 薬　　　局 |  | | |
|  | | |
|  | | |
| 訪問看護事業者 |  | | |
|  | | |
|  | | |
| 自己負担上限額 |  | 重度かつ継続 |  |
| 変 更 の 理 由 |  | | |
| （注意事項） 　医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証  **固定文言２**  とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。 | | | |

**自由記載１**

**教示文**

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内に、書面で、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。

ただし、この通知書を受け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年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受け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。

ただし、この通知書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年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

|  |  |
| --- | --- |
| （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 |