第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

通　　　　　　　知　　　　　　　書

市 町 村 長 印

　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５３条第１項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

**固定文言１**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日 |  | | |
| 受診者氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住所 |  | | |
| 保護者氏名 |  | | |
| 理由 |  | | |

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 |