第　　　　　　号

窓空宛名

様式第８号

　年　月　日

市町村長　印

（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費　地域相談支援給付費）

支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

**固定文言１＋編集１**

　申請日　に申請のありました（（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費　地域相談支援給付費）の支給変更）（及び）（利用者負担額減額・免除等の変更）について、（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２４条）（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施行規則第３４条の５）（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９）の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証  番　　　　号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | 支給決定障害者  （保護者）氏　名 |  |
| 変更年月日 |  | | | | | | | | | | | 支給決定に係る  児童氏名 |  |
| 変更の内容 | 変更前 | | | |  | | | | | | | | |
| 変更後 | | | |  | | | | | | | |  |

**固定文言２＋編集２**

受給者証を提出先市町村名　提出先名称に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

　　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

　　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 |