

番  
平成 年 月 日  
号

通 知 書

申請者

殿

〇〇〇〇都道府県知事  
〇〇〇〇市町村長

印  
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。

理由

1. 所得基準を上回る所得であるため
2. 自立支援医療の対象となる疾病、障害ではないため
3. その他（ ）

教 示

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60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市町村長に対して異議申立てをすることができます。

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、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市町村を被告として（訴訟において都道府県・市町村を代表する者は都道府県知事・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60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定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、その異議申立てに対する決定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、その異議申立てに対する決定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。）。

別紙様式第5号