

障害~~程度支援~~区分認定通知書（例）

文 書 番 号

平成 年 月 日

〒 -

〇市（町・村）

〇〇 〇〇 様

印

〇〇市（町村）長

平成 年 月 日付けの~~介護給付費~~の支給申請に基づき、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21条の規定により、下記のとおり障害~~程度支援~~区分の認定を行ったので通知します。

記

氏 名		認定年月日	
-----	--	-------	--

障害 程度支援 区分	①区分（ ） ②非該当
	理由
障害 程度支援 区分の認定の有効期間	

（留意事項）

- 1 上記の障害~~程度支援~~区分や申請者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。
- 2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害~~程度支援~~区分の変更をする場合があります。
- 3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。

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60日以内に〇〇県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、〇〇県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べる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か月以内に〇〇市（町村）を被告として（訴訟において〇〇市（町村）を代表する者は〇〇市（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に除く。）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。

問い合わせ先

〇〇市（町村）△△△△課

住所

電話番号