

(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 (給付) 決定通知書兼  
利用者負担額減額・免除等決定通知書 (例)

文 書 番 号  
平成 年 月 日

〒 -  
〇市 (町・村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市 (町村) 長

印

平成 年 月 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) (及び) (利用者負担額減額・免除等) 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22条 (及び) 第29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第34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第51条の7及び第51条の14) の規定に基づき下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

障害福祉サービス 受給者証 番 号		地 域 相 談 支 援 受 給 者 証 番 号	
支給 (給付) 決定障害者 (保護者) 氏 名		支給決定に係る 児 童 氏 名	
障害 <u>程度支援</u> 区 分		支給 (給付) 決定年月日	
		障害 <u>程度支援</u> 区分の 有 効 期 間	
支給 (給付) 決定 内 容	サービスの種類	支援の内容及び支給 (給付) 量	有効期間
	特 記 事 項		
利用者負担上限月額	円	左の上限月額の 適 用 期 間	
特定障害者特別給付費 (施設入所支援)	月額 円	左の給付費の 適 用 期 間	
特定障害者特別給付費 ( <u>共同生活介護</u> ・共同生活援助・ 重度障害者等包括支援)	月額 円	左の給付費の 適 用 期 間	

療養介護医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	療養介護医療 (食事療養 (生活療養) を除く) の負担上限月額	月額 円	食事療養 (生活療養) の負担上限月額	月額 円
	上 限 額 の 適 用 期 間			

不服申立て及び取消訴訟

- 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ことができます。
- 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ものを除く。) 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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