様式第５号（第５条、第７条、第８条関係）

文書番号

　　年月日

自立支援医療費(更生)不支給決定通知書

　　申請者　住所

　　　　　　氏名

国頭村長　　　　　　　　　印

年　月　日に申請された自立支援医療費の支給（変更）については、下記の理由により認定されませんでしたので通知します。

記

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

　1　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日以内に国頭村長に対して審査請求をすることができます。

　2　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、国頭村を被告として（訴訟において町を代表する者は町長となります。）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、その審査請求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、その審査請求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。）。