

第10号様式（第7条の2関係）

受給資格登録停止通知書

第 号
年 月 日

殿

御杖村長 印

年 月 日付けで受給資格証を交付した心身障害者医療費受給資格について、下記のとおり登録を停止するので通知します。

記

| | | | |
|------------|-------------------------|-----|--|
| 受給者番号 | | 受給者 | |
| 受給資格登録停止事由 | | | |
| 受給資格登録停止期間 | 年 月 日から 上記事項が解消されるまで | | |

(注) 本通知受領後、速やかに受給資格証を返還してください。

(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3か月以内に御杖村長に対して審査請求をすることができます。
なお、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求をすることができなくなります。ただし、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合であっても審査請求をすることが認められる場合があります。
- この処分については、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に御杖村を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。(訴訟において御杖村を代表する者は御杖村長となります。)
なお、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その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年を経過すると、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。ただし、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その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年を経過した場合であっても処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。