|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | |  |  | | |
| 様式第９号 | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | |  |  | | |
|  | | 障害支援区分変更認定通知書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | 様 | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | 日南町福祉事務所長 | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 年　　月　　日付けの介護給付費の（支給申請・支給決定の変更申請）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　第２４条）の規定により、下記のとおり障害支援区分の変更の認定を行なったので通知します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 記 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者証  番号 | | | |  | |  |  |  | |  | | |  |  |  |  | |  | 支給決定障害者氏名 | | | | |  | | | | |
| 認定年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 障害支援区分 | | | | 変更前 | | | | | ①区分（　　　） | | | | | | | | | | | | | ②　非該当 | | | | | | |
| 変更後 | | | | | ①区分（　　　） | | | | | | | | | | | | | ②　非該当 | | | | | | |
| 理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害支援区分の  認定の有効期間 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （留意事項）  　１　上記の障害支援区分や利用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（の変更）を行ないます。  　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３か月以内に鳥取県知事に対し審査請求を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か月以内に日南町を被告として（訴訟において日南町を代表する者は日南町長となります。）、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。  （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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３ | ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 問い合わせ先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日南町福祉事務所（福祉保健課） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 住所 | 鳥取県日野郡日南町生山511-5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 電話 | 0859-82-0374 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |