（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）

別記様式第５号（第３条関係）

１）

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

第　　　　　号

　　　　　　　　 　 様

　　　 　 年　　月　　日

　 和寒町長

　　　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（以下「法」という。）第２２条（及び）法第２９条）（法第３４条）（法第５１条の７及び法第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 | |  | | | | | | | | | |
| 障害支援区分 | |  | | | | 支給(給付)  決定年月日 | | | | |  | | | 障害支援区分の  有効期間 | | | | |  | | | | | |
| 支給決定内容 | サービスの種類 | | | | | | 支援の内容及び支給量 | | | | | | | | 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） | | | | 日額　　　　　　　円 | | | | | | | | | 左の給付費の  適用期間 | |  | | | | | | | | | |
| 特定障害者特別給付費  (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

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、

北海道知事に対して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、和寒町を被告として（訴訟において和寒町を代表する者は和寒町長となります。）、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。

　⑴　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。

　⑵　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。

　⑶　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

　　和寒町保健福祉課　　　　住所　上川郡和寒町字西町111番地　　電話番号　0165-32-2000