（介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付・地域相談支援給付費）

別記様式第１３号（第５条第２項関係）

１）

支給変更申請却下通知書兼利用者負担額減額・免除等変更申請却下通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　 様

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）の支給決定の変更）（及び）（利用者負担額減額・免除等の変更）については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

１　申請事項

２　却下の理由

　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