別記様式第２９号（第２０条関係）

|  |
| --- |
| 第　　　号  　　年　　月　　日  自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請却下決定通知書  申請者  様  和寒町長　　　　　　　印  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５３条第１項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。  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  この処分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・和寒町長に対して審査請求をすることができます。（なお、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年を経過すると審査請求することができなくなります。）  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、北海道・和寒町を被告として（訴訟において北海道・和寒町を代表する者は北海道知事・和寒町長となります。）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３か月以内に審査請求した場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決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裁決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裁決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。）  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 |