別記様式第３７号（第２７条関係）

補装具費支給決定通知書

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　和寒町長　　　　　　　　　　㊞　標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。 |
| 対　象　者 | 住　　　所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 性別 |  | 電話 |  |
| 支給番号 |  | 支給決定日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 決定内容 | (購入・借受け・修理) | 借受け期間 | 　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 補装具業者 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電　　　話 |  |
| 基準額 | 見積額 | 利用者負担額 | 公費負担額 |
| 　　　　　　　円 | 　　　　　　円 | 合計額 | 円 | （合計額）円 |
| 月額負担上限額 | 月額(借受けの場合) | (初　月)　　　　　　円 |
| 　　　　　　　　円 | (中間月)　　　　　　円 |
|  | (最終月)　　　　　　円 |
| 教示事項１　この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に和寒町長に対して審査請求をすることができます。２　この決定の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知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、この通知書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内であっても、この決定あった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 |