別記様式第２１号(第１９条関係)

障害児通所支援・障害福祉サービス措置決定通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

和寒町長

　児童福祉法第２１条の６の規定により、次のとおり障害児通所支援・障害福祉サービスを行うことを決定しましたので通知します。

記

１　措置対象者

２　措置決定年月日

３　支給期間

４　障害児通所支援・障害福祉サービスの内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 支給量 | 費用徴収額 | |
| 本人 | 扶養義務者 |
|  |  | 円 | 円 |

　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、

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、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