第20号様式(第15条第6項関係)

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給取消通知書

第　　　　　号

　　年　　月　　日

多古町長　　　　　　　　　印

次のとおり計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を取り消したので通知します。

なお、通所受給者証を返還されていない場合は、速やかに返還されるようお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | |
| 支給取消に係る障害者（保護者）氏名 |  | | | | | | | | | | 支給取消に係る児童氏名 |  | | | | | | | | | |
| 支給取消日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 取消理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所受給者証  の返還先 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所受給者証  の返還期限 | 年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

問合せ

多古町保健福祉課　　電話　0479-76-3185

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か月以内に多古町長に対して審査請求をすることができます。

また、この決定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、多古町長を被告として（訴訟において多古町を代表する者は多古町長となります。）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1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提訴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をした場合には、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。）。