

移動支援費支給決定取消通知書

第 年 月 日

様

移動支援費の支給については、次のとおり取り消しましたので通知します。

記

受給者番号		支給決定障がい者 (保護者)氏名	
支給決定日	年 月 日	支給決定にかかる 児童氏名	
取消年月日	年 月 日		
取消事由			

受給者証を返還してください。ただし、すでに受給者証を提出されている方は不要です。

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、決定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、決定があった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。)

また、この決定の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、大阪市長を被告として(訴訟において大阪市長を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、決定があった日の翌日から1年を経過すると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。)

問合せ先

大阪市 区保健福祉センター保健福祉課			
住 所	大阪市 区		
電話番号		ファックス番号	