

様

大阪市 区保健福祉センター所長

大阪市 区保健福祉センター
保 健 福 祉 課
電話番号
FAX 番号

減額免除決定通知書

年 月 日付で申請のありました介護給付費・訓練等給付費の減額免除については、次のとおり決定しましたので通知します。

記

対象者氏名	
対象者住所	
受給者証番号	
決定年月日	
減免決定内容	

上記負担上限月額、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施行令に規定する負担軽減の期間が延長されない場合等には、負担上限月額を変更することがあります。

注

- 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か月以内に大阪府知事に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合は、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表と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、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときに除く）でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。