

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

地域相談支援給付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました地域相談支援の給付については、
次のとおり決定しましたので通知します。

記

受給者証番号		給付決定 障がい者氏名	
決定年月日			

給付決定内容については、別紙『地域相談支援給付決定通知明細書』に記載します。

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することができます。
- 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は除く)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事由があるとき。