

(様式第 8 号の 1)

保福第 号
年 月 日

申請者住所

申請者氏名

様

大阪市 区保健福祉センター所長

住所

大阪市 区保健福祉センター

保健福祉課 ()

電話

FAX

補装具費支給決定通知書

先に申請のありました補装具費支給申請については、次のとおり支給決定いたしました。

記

1 対象者氏名

対象者住所

対象者生年月日

支給券番号

支給決定年月日

2 補装具業者名称

補装具業者所在地

3 公費負担額

利用者負担額

(月額負担上限額 円)

この処分に不服があるときは、この処分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、処分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、処分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、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この処分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、大阪市を被告として(訴訟において大阪市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、処分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、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。)