

移動支援費支給申請却下通知書

第 号

年 月 日

様

大阪市 区保健福祉センター所長

年 月 日付で申請のあった移動支援費支給申請については、次のとおり却下するので通知します。

記

1 申請内容

次の方にかかる移動支援費の支給

申請者	フリガナ		受給者番号																	
	氏名		生年月日																	
	居住地	〒																		
				電話番号																
	フリガナ		生年月日																	
	支給申請に係る 児童氏名		生年月日																	

2 却下理由

移動支援事業のサービス対象者に該当しないため。

重度訪問介護の支給決定を受けているため。

重度障害者等包括支援の支給決定を受けているため。

同行援護の支給決定を受けているため。

その他

注

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	