

利用者負担減額免除却下通知書

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事業にかかる利用者負担額の減額免除については、次のとおり却下することに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	
却下年月日	
却下事由	
減免却下内容	
備考	

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、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