

〒 -

〇〇 〇〇 様

〒×××-×××  
大阪市〇〇〇区〇〇〇×丁目××番××号  
大阪市〇〇〇区保健福祉センター  
保健福祉課  
電話番号 ××××-××××  
FAX 番号 ××××-××××

## 障がい児(通所・入所・相談支援)給付費 支給変更決定兼減免変更決定通知書

〇〇 〇〇 様

〇〇〇区保健福祉センター所長

年 月 日に申請のありました障がい児(通所・入所)給付費、障がい児相談支援給付費の支給及び減免について、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             |  | 給付決定保護者又は本人   |   |
| 給付決定日              |  | 給付決定に係る障がい児氏名 |   |
| 変更後の負担上限月額         |  | 適用期間          | ～ |
| 変更後の特定入所障がい児食費等給付費 |  |               | ～ |
| 変更後のサービス種類及び支援の内容  |  |               |   |
| 変更の理由              |  |               |   |
| 変更後の多子軽減対象         |  |               |   |
| 負担上限月額(障がい児等施設医療費) |  | 適用期間          | ～ |
| 食費上限月額             |  |               | ～ |
| 公費負担者番号            |  | 公費受給者番号       |   |

受給者証を上記の区保健福祉センターにまで速やかに提出して下さい。ただし、既に受給者証を提出されている方は不要です。負担上限月額は、児童福祉法施行令に規定する負担軽減の期間が延長されない場合には変更することがあります。

#### 審査請求及び取消訴訟

##### 【障がい児通所給付費の場合】

- この決定について不服があるときは、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には、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ものを除く。)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。

- (1) 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。
- (2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

##### 【障がい児入所給付費及び障がい児相談支援給付費の場合】

この決定について不服があるときは、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、大阪市長に対して審査請求をすること、及び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。)、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

なお、審査請求のみをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。