

第 年 月 日 号

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

特例障がい児相談支援給付費支給（不支給）決定通知書

児童福祉法第 2 4 条の 2 7 の規定に基づき、特例障がい児相談支援給付費の支給について、次のとおり決定しましたので通知します。

障がい児通所 受給者証番号			
申請者氏名		申請に係る児童氏名	

受付年月日	年 月 日		決定年月日	年 月 日	
特例障がい児相談支援給付費			基準該当障がい児相談支援に要した費用		
支給決定の内容	指定障がい児相談支援以外の障がい児相談支援を受けた給付決定				
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支 給 金 額	円		
不支給の理由					

- 1 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、大阪市長に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、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、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）ただし、この決定について審査請求をした場合には、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か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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）。