

〈郵便番号〉
〈住所〉

〈氏名〉 様

545-0051
大阪市阿倍野区旭町 1 丁目 2 番 7-1000
号あべのメデックス 10 階
大阪市保健所
管理課（保健事業）
電話番号 06-6647-0661
FAX 番号 06-6647-0803

自立支援医療（育成医療）認定却下通知書

大大保第 号
令和 年 月 日

〈氏名〉 様

大阪市長



障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 58 条第 1 項の規定による自立支援医療（育成医療）の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

記

対象者氏名 〈氏名〉
対象者住所 〈住所〉

保護者氏名 〈氏名〉
保護者住所 〈住所〉

申請日 〈令和 年 月 日〉

理由 {
・所得基準を上回る所得であるため
・自立支援医療の対象となる疾病、障がいではないため
・その他

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、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。）