様式第15号(第13条関係)

|  |
| --- |
| 第　　　　　号　年　　月　　日　　　　　　　　　　様身延町長　　　　　　　　　　費用徴収額決定(変更)通知書　身体障害者福祉法第18条第1項又は同条第2項の規定に基づく、措置に要する費用として、あなたが負担する金額を下記のとおり決定(変更)したので通知します。 |
| 　 | 委託対象者 | フリガナ | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 措置年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 費用徴収 | 支援内容 | 費用徴収額 |
| 本人 | 扶養義務者 |
| 居宅介護(事業所名) | 年　　月　から　　　円／30分当たり | 年　　月　から　　　円／30分当たり |
| 短期入所(事業所名) | 年　　月　から　　　円／1日当たり | 年　　月　から　　　円／1日当たり |
| (施設名) | 年　　月分　　　　　円年　　月から月額　　円 | 年　　月分　　　　　円年　　月から月額　　円 |
| 備考 | 　 |
| 教示　この決定に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、身延町長に対して審査請求をすることができます。　また、この決定があったことを知った日(身延町長に審査請求をした場合には、当該審査請求に対する身延町長の裁決があったことを知った日)の翌日から起算して6箇月以内に、身延町を被告として(訴訟において身延町を代表する者は、身延町長となります。)処分の取消しの訴えを提起することができます。 |