様式第3号(第8関係)

|  |
| --- |
| 社会福祉法人等利用者負担額軽減対象決定通知書(社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度) |
| 　 | 〒　　　―様 | 第　　　　　号年　　月　　日身延町長　　　　　　　　　印 |
| 　さきに申請のありました社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書については、次のとおり決定しましたので通知します。 |
| 　 | 被保険者氏名 | 　 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 決定年月日 | 　　年　　月　　日 | 　 |
| 決定事項 | 　 |
| 承認する | 適用年月日　　　　　　年　　月　　日(承認内容)有効期限　　　　　　年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 公費受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 承認しない | 理由 |
| 　 |

　この決定に対して不服がある場合は、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(なお、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箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)。

　また、この決定があったことを知った日(身延町長に対して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。)、甲府地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます(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箇月以内であっても、当該決定の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。)。